

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

CELINE AUDY

L'ADAPTATION POST-PSYCHIATRIQUE:

REFLET DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL

OCTOBRE 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'objectif de cette étude consiste à vérifier le lien entre les facteurs de l'environnement familial et la réadaptation du patient ayant fait un séjour en psychiatrie. Deux groupes de sujets comportant chacun seize (16) personnes des deux sexes ont participé à cette étude. Les groupes se répartissent ainsi: 16 patients et 16 membres de leur famille. L'âge des sujets varie de 26 à 71 ans. Les trente-deux sujets remplissaient des questionnaires à deux reprises, soit lors de l'hospitalisation du patient et deux mois après le congé hospitalier de celui-ci. Les patients ont répondu au questionnaire du FES (Family Environment Scale) qui permet, par les dix échelles qui le composent, d'obtenir une perception globale du climat familial du patient. Par la suite, l'utilisation du PAL-C (Profile of Adaptation to Life Clinical Scale) a permis d'obtenir une évaluation de l'adaptation par le patient lui-même. Le FES a également été complété par un membre de la famille. D'autre part, l'usage du PARS (Personal Adjustment and Role Skills Scale) fournissait une évaluation complémentaire de l'adaptation du patient à partir de la perception du membre-clé. Concernant les méthodes statistiques utilisées dans cette étude, l'emploi de corrélations simples a permis d'une part de vérifier le lien entre les dimensions de l'environnement familial et les variables de l'adaptation du patient, et d'autre part, d'examiner si l'amélioration de l'adaptation du patient pouvait être liée au climat de l'environnement familial. L'utilisation du test-T (paire), par le calcul de la différence entre la première et deuxième passation, a permis de contrôler la stabilité de l'instrument FES. Les résultats révèlent que l'adaptation post-psychiatrique du patient est liée par

la cohésion familiale et l'acquisition d'une meilleure indépendance. Les résultats démontrent également que les patients et le membre-clé voient peu de lien entre la réadaptation et les dimensions de l'expression, de conflit et de contrôle du climat familial. La nécessité de ressources financières suffisantes, bien que révélée différemment par les deux membres de la famille, se révèle un facteur important dans l'adaptation post-psychiatrique du patient. L'évaluation du niveau d'amélioration du patient (par le patient et le membre-clé) a permis de conclure qu'il peut exister une concordance entre la perception du patient et celle du membre-clé. Enfin, les résultats ont permis de confirmer la stabilité du FES dans le temps, c'est-à-dire entre les deux passations. Les résultats confirment, en partie, les hypothèses de recherche. Bien que des caractéristiques intéressantes ressortent dans le lien entre des facteurs de l'environnement familial et ceux de l'adaptation, certaines limites restreignent l'analyse et la discussion des résultats. A cet effet, quelques recommandations sont formulées en vue de recherches ultérieures.

Table de matières

Introduction.....	1
Contexte théorique.....	4
Etudes étiologiques.....	5
L'adaptation.....	10
L'adaptation sociale.....	12
Stratégies d'adaptation.....	14
Facteurs de réadaptation post-psychiatriques.....	15
Variables démographiques.....	16
Le soutien social.....	18
Soutien et dynamique familiale.....	19
Perspective systémique de la perturbation.....	21
Aspect réacteur/répondeur.....	22
Les attitudes et réactions.....	24
Expressions des émotions.....	25
Communication.....	26
Relations familiales.....	27
Croissance personnelle.....	29
Maintenance du système familial.....	31
Hypothèses.....	34

Méthode.....	3 5
Sujets.....	3 6
Instruments de mesure.....	3 8
Déroulement.....	4 7
Résultats.....	4 9
L'analyse statistique.....	5 0
La présentation des résultats.....	5 0
Les tableaux.....	5 4
Discussion.....	5 8
Conclusion.....	7 0
Références.....	7 4
Appendices.....	8 5

Liste des tableaux

Tableau

1	Corrélations entre les 6 échelles choisies du FES du patient (deuxième passation) et les échelles du PAL-C.....	5 4
2	Corrélations entre les 6 échelles choisies du FES du membre-clé (deuxième passation) et les échelles du PARS.....	5 5
3	Résultats des tests de différence entre la première et la deuxième passation du FES du patient.....	5 6
4	Résultats des tests de différence entre la première et la deuxième passation du FES du membre-clé.....	5 7

Remerciements

L'auteure tient à remercier son directeur de mémoire, monsieur Jacques Rousseau, Ph. D., professeur titulaire, pour son assistance éclairée. L'auteure remercie également la direction des services professionnels, ainsi que le personnel médical et infirmier du département de psychiatrie du C.H.R.M. de Shawinigan-Sud pour avoir rendu possible l'expérimentation de cette recherche.

Enfin, elle remercie toutes les personnes qui ont aidé à la réalisation de ce mémoire, que ce soit par leur participation personnelle ou par leur support.

Introduction

La problématique de l'augmentation croissante des réhospitalisations en psychiatrie au cours de ces dernières décennies suscite beaucoup d'intérêt et d'interrogations dans plusieurs milieux tant médicaux que gouvernementaux. Si le mouvement de la désinstitutionalisation, caractérisé par la sortie massive des personnes ayant des troubles psychiatriques à long terme, semble contribuer à la modification de la courbe des réhospitalisations en milieu psychiatrique, il n'en demeure pas moins que la nouvelle clientèle contribue à ce phénomène communément appelé "syndrome de la porte tournante" (Mechanic & Aiken, 1987). Cette constatation a conduit les professionnels de la santé et les chercheurs à se pencher sur les causes de ce retour en milieu psychiatrique. De plus, de nombreuses solutions ont été envisagées et mises en place, telle en autres la réduction considérable du temps d'hospitalisation. Cependant, il reste que la problématique des réadmissions demeure un sujet de préoccupations exigeant des recherches concernant l'étiologie des fréquentes réadmissions en milieu psychiatrique suite au séjour des patients dans leur environnement d'origine. En dépit du fait que la famille semble une ressource prépondérante dans la réadaptation du patient lors de son retour dans la société, la fréquence des retours suscite un questionnement sur la qualité du support environnemental dont bénéficie le patient.

La question qui se pose dans le cadre de la présente recherche est la suivante: est-ce que la réussite de l'adaptation de la personne qui sort d'un court séjour en milieu psychiatrique serait reliée aux facteurs du milieu familial dans lequel l'individu retourne? Puisque ces personnes ont à conjuguer leurs besoins personnels avec les

demandes et les ressources environnementales, il semble intéressant de vérifier si la difficulté de réadaptation est liée à leur environnement familial.

La présente étude a pour but d'explorer spécifiquement la variable d'adaptation post-psychiatrique en relation avec le climat familial. Elle comprend trois parties. Le premier chapitre présente successivement un bref examen des concepts d'adaptation, des facteurs de la réadaptation de même que les principaux concepts et recherches relatifs à la famille et à son climat. Le second chapitre décrit l'expérience en présentant les sujets à partir duquel l'étude a été réalisée, les instruments de mesure utilisés ainsi que les procédures du déroulement de l'expérience. Finalement, le troisième chapitre se consacre à l'analyse et à la discussion des résultats.

Contexte théorique

Cette section se compose de quatre divisions principales. Dans un premier temps, un bref aperçu de l'orientation des recherches en lien avec la signification des réadmissions en milieu psychiatrique est exposé à travers certaines études étiologiques. Ensuite, sont présentés sommairement les concepts d'adaptation et de stratégies d'adaptation. Puis, différents facteurs de réadaptation tant démographiques, sociaux que familiaux sont formulés. Enfin, les théories familiales qui traitent de la signification et de l'impact de la présence de la perturbation dans le système familial sont exposées ainsi que les divers facteurs du climat familial en lien avec la réadaptation des ex-patients psychiatriques.

Etudes étiologiques:

Ces dernières décennies, les professionnels de la santé mentale ainsi que les administrateurs des centres hospitaliers à vocation psychiatrique se sont intéressés au phénomène de la réhospitalisation pour déterminer la valeur du programme de traitement lui-même en relation avec la réussite ou l'échec de l'adaptation des patients psychiatriques. Comme le taux de réadmission était la mesure d'évaluation la plus courante, les professionnels se basaient sur l'observation et l'évaluation des symptômes et des comportements présentés par les patients lors de leur réadmission. Les données étaient recueillies lors de l'admission du patient ou après son admission auprès du patient lui-même et/ou des personnes de son environnement (famille, policiers, voisins ou responsables du patient). A la lumière des informations recueillies et du constat des retours récurrents en milieu psychiatrique, les chercheurs ont pris en considération de nombreux facteurs pour expliquer ces réhospitalisations successives et ce, à

travers les changements dans les politiques de traitement. Différents aspects ont fait l'objet d'études, tant au niveau clinique qu'à ceux des traitements et des programmes d'aide mis en place pour favoriser l'adaptation des patients psychiatriques.

La sévérité de la pathologie et ses symptômes résiduels ayant été significativement associés à la réadmission (Tessler & Manderscheid, 1982), un grand espoir a été placé dans l'utilisation du traitement pharmacothérapeutique pour contrer cet état de fait. Les professionnels de la santé ont cru que la médication pouvait seule contrôler les symptômes névrotiques ou psychotiques de la majorité des personnes vivant des troubles émotifs ou mentaux. Dans leur étude, Klein, Person, Itil et Marchbank (1974) ont rapporté que la prise de la médication, par des patients schizophrènes, se révélait un élément significatif relié à la durée de leur séjour en société. Mais plus récemment, des chercheurs se sont aperçus que, malgré son effet réducteur de la symptomatologie, la pharmacothérapie s'avérait un traitement insuffisant pour maintenir l'individu dans la société. Suite à leur étude, Hogarthy, Goldberg et Schooler (1974) ont jugé, en dépit d'un résultat de 52% d'ex-patients non-réadmis, que l'effet de la médication sur la symptomatologie n'était pas suffisante pour améliorer l'adaptation du patient. D'ailleurs Bellack et Mueser (1986) stipulent que cette attente irréaliste envers la pharmacothérapie a été le premier facteur à contribuer à la problématique des réhospitalisations. <<La pharmacothérapie seule, du reste, ne peut améliorer tous les aspects de la vie d'une personne>> (Tessier, Clément & Wagener-Jobidon, 1992, p.8).

Cette constatation a incité les chercheurs à s'intéresser davantage à l'histoire de l'hospitalisation du patient. Selon ceux-ci, le degré de participation de l'individu à son traitement ainsi que de celui de sa motivation à obtenir son congé pouvaient être prédictors de son habileté à vivre dans la société (Avison,

Speechley & Nixon, 1987). Mais déjà cette affirmation avait été controversée. En effet, de nombreux chercheurs ont critiqué le fait de prédire l'adaptation dans un contexte à partir de comportements émis dans un contexte de vie différent. Des associations entre ces variables et le type d'habiletés de vie en société auraient été intéressantes à connaître. D'autre part, des informations et des résultats intéressants semblaient se rattacher à l'histoire psychiatrique du patient. Dans ce sens, les études de Arthur, Ellsworth et Kroeker (1968) et de Rosenblatt et Mayer (1974) ont révélé que le facteur du nombre élevé d'hospitalisations antérieures avait une plus forte incidence sur le pourcentage de la réadmission que celui de la symptomatologie. Les résultats de l'étude de Buell et Anthony (1973) démontrent une corrélation élevée ($p < .001$) entre le nombre d'hospitalisations antérieures et la réadmission. Par ailleurs, la durée du séjour en milieu psychiatrique n'aurait pas fourni de résultats suffisamment significatifs pour qu'on puisse la relier au phénomène de la récurrence psychiatrique. La variable de la tentative suicidaire, survenue un mois avant l'admission, combinée à l'histoire passée du comportement suicidaire rendraient le patient plus vulnérable à la réadmission à brève échéance (Munley, Devon, Einhorn, Gash, Hyer & Kuhn, 1977). Là encore, cette causalité linéaire est sujette à la controverse. Une interrogation sur la signification réelle du nombre de réadmissions aurait été pertinente. Des explications alternatives systémiques et multifactorielles, telles que le manque d'insertion sociale, le peu de liens de soutien affectif et concret, le degré de vulnérabilité ou de perturbation psychiatrique, auraient été souhaitables.

Les chercheurs ont de plus observé que l'histoire psychiatrique et la symptomatologie résiduelle du patient n'étaient pas sans générer un déficit au niveau de ses habiletés de travail, de ses habiletés relationnelles et quotidiennes usuelles ainsi qu'au niveau de ses capacités d'adaptation aux conditions de stress

(Tessier, Clément & Wagener-Jobidon, 1992). Les niveaux de motivation et d'habiletés, diminué par la fréquence des hospitalisations et la stigmatisation de l'étiquette psychiatrique, peuvent inciter l'ex-patient à rechercher une alternative sécuritaire et supportante pour ses souffrances physiques, psychologiques, émotives, et relationnelles. Dans leur étude publiée en 1987, Hatfield et Lefley mentionnent qu'inévitablement, le patient peut ressentir une crainte de passer de l'environnement protecteur de l'hôpital aux demandes du monde extérieur, d'autant plus qu'il est soumis au caractère non-progressif des sorties. Cette peur est renforcée par le manque de soutien à l'externe pour le maintien des exigences de médicalisation, des acquis sociaux et pour le processus de réinsertion dans la famille et le réseau social. Les réalités de la réintégration dans la société et particulièrement le besoin de réapprendre les habiletés vocationnelles, compétitives et psychosociales ajoutent à cette situation. Pour certains individus l'hôpital devient un refuge sécuritaire et la certitude de trouver un toit offrant nourriture, lit propre, acceptation, amis(es), camaraderie, facilités récréatives et quelqu'un qui s'occupe d'eux. Ce peut être, aussi, la seule solution envisagée pour demander à leur environnement de changer leurs comportements, pour se soustraire à des pressions et des tensions quotidiennes dues à des conflits familiaux et/ou à des attentes et intolérances de leur environnement. (Solomon & Doll, 1979). Pour d'autres, l'hôpital est un moyen pratique de se dérober aux dettes et même de s'offrir une vacance gratuite.

Ces chercheurs ont aussi constaté que la courbe des réadmissions n'était pas seulement tributaire des caractéristiques du patient. Les politiques du système hospitalier ainsi que les caractéristiques professionnelles et personnelles de l'équipe médicale pouvaient interférer dans les conditions d'admissibilité de l'ex-patient psychiatrique. Solomon & Doll (1979) ajoutent, dans

leur revue de littérature, des facteurs d'admissibilité tels que: la disponibilité de lits, l'heure et la journée de la venue à l'admission, le type d'accompagnateur, le statut psychiatrique du patient, l'expression de sentiments de détresse et de dépression par le patient lui-même, etc...

Dans un deuxième temps les professionnels de la santé, en dépit de leur désir et de leur tentative d'intensifier des programmes communautaires pouvant répondre aux besoins spécifiques des personnes sortant d'un séjour en milieu psychiatrique, ont été confrontés à certaines réalités. Force leur a été de constater que la société n'était pas prête à recevoir des personnes ayant des comportements particuliers et à répondre à leurs besoins spécifiques. Tessier, Clément et Wagener-Jobidon (1992) ajoutent, en outre, que le sous-financement ou l'absence de financement nécessaire à ces programmes ont conduit, en autres, à un manque d'organisation de services dans la communauté, une fragmentation de services, d'où une désillusion et une baisse d'engagement des intervenants. Par ailleurs, les chercheurs ont constaté que le manque de services médicaux et psychiatriques adéquats, se conjuguant à une croissance importante des sans-abri et aux problèmes de drogue et d'alcool dans cette population, contribuaient à la fréquence élevée du retour à l'hôpital psychiatrique.

En outre, la confusion existant autour des modèles de pratiques dans le système public et autour de la structuration des services et des types d'interventions appropriées aux besoins des ex-patients se révèle un aspect important du phénomène de la réhospitalisation (Tessier et al., 1992). Un autre facteur de l'échec du maintien du patient psychiatrique dans la société serait, selon Bellack et Mueser (1986), le modèle d'intervention et de traitement préconisé. Il serait irréaliste par le fait qu'il serait calqué sur le

modèle de la maladie infectueuse, ce qui est incompatible avec la maladie mentale qui exige du long terme.

La manière de voir la maladie mentale ainsi que la façon de concevoir la réadaptation post-psychiatrique reposent sur la conception de l'adaptation et des éléments nécessaires pour qu'un individu puisse être considéré comme adapté à la société et à son environnement immédiat. Ce concept sera d'abord présenté de façon générale, puis dans la dimension sociale et enfin vu à travers des stratégies adaptatives.

L'adaptation:

L'adaptation est un concept central dans l'évolution des systèmes vivants. C'est dans leur nature de continuer à lutter pour survivre. Dans ce sens, les êtres humains vont toujours faire de leur mieux pour survivre physiquement et psychologiquement (Hatfield, 1987). Une force interne considérable pousse la personne à se battre pour subsister, à rechercher l'autonomie aussi bien que le contrôle de son environnement (Allport, 1961).

Comme l'affirme White (1974), l'adaptation personnelle est la manière par laquelle la personne maîtrise les différentes situations de la vie, c'est-à-dire les processus psychologiques internes aussi bien que la série d'événements externes qu'ils soient positifs ou négatifs. Ce dernier ajoute que la réalisation de cette adaptation est aussi liée au maintien d'une estime de soi ou d'une image de soi satisfaisante, à une organisation interne adéquate, à la disponibilité d'informations pertinentes ainsi qu'à une liberté d'action (White, 1974). Mais on ne peut parler d'adaptation personnelle sans tenir compte de la relation entre les demandes externes et les ressources de la personne pour y répondre.

L'adaptation n'est pas uniquement une question d'ajustement intrapsychique ou de perception de soi face à l'environnement. Chaque individu possède des traits et des caractéristiques spécifiques, des motivations, des pensées et des actions qui lui sont propres (Crow, 1967). Les caractéristiques de la personnalité de l'individu, telles la force de son moi, sa tolérance au stress et à la frustration, ses attitudes, ses croyances, ses perceptions ainsi que ses motivations créent une tendance spécifique à répondre aux demandes situationnelles et/ou aux changements drastiques (Hatfield, 1987).

Pour réduire le stress et les tensions émotives inhérentes aux luttes personnelles et aux demandes externes, la personne s'appuie sur des stratégies adaptatives telles que la maîtrise, l'affrontement et les défenses. Comme ces derniers mécanismes psychologiques, en tant que réponses déterminées et inconscientes, ne permettent pas ou peu de faire face aux menaces consciemment (Atwater, 1983) et limitent les efforts de résolution, l'individu doit posséder d'autres ressources pour réussir son adaptation personnelle. La capacité de résolution de problème, mécanisme plus conscient, peut permettre à l'individu de maintenir un état de confort et d'équilibre psychologique et ainsi être en mesure de mieux gérer son énergie, ses moyens et ses habiletés. De là, la possibilité de rencontrer adéquatement les demandes sociales et environnementales dont la personne fait l'objet aussi bien que les demandes émergeant de ses besoins internes et ce, sans être submergé par l'anxiété et l'inconfort (Mechanic, 1974). En outre, cette ressource peut favoriser, chez la personne, sa capacité de changer l'environnement aussi bien que s'adapter à celui-ci. Cette compétence implique la sélection d'informations pertinentes, la planification de stratégies d'action ainsi que la mise en action de mouvements ou d'activités à partir des objectifs planifiés. (Bruner & Connolly, 1974; Atwater, 1983).

L'adaptation sociale: Mais l'adaptation n'est pas seulement une question personnelle, un niveau de bien-être psychologique ou la possession de ressources stratégiques. C'est aussi la réussite par l'individu de sa relation avec le milieu social, la capacité à être un individu à part entière dans la communauté en jouant le rôle que la société attend de lui en dépit des changements intérieurs et extérieurs.

Selon Stewart Wolf (1981), <<l'adaptation sociale réussie présuppose que la personne a un sens de sa valeur personnelle, un solide sentiment d'appartenance et la certitude d'avoir un rôle dans toute cette affaire>> (p.10). En outre, ce dernier stipule que la satisfaction personnelle et le sentiment de complétude sont tributaires de santé, alors que l'échec, la frustration, l'insatisfaction, la privation et la désapprobation augmentent la vulnérabilité à la maladie. L'adaptation sociale réussie devrait être perceptible à partir d'une maturité accomplie, d'intérêts socialement pertinents, de motivations contrôlées et de patrons comportementaux assez bien intégrés (Crow, 1967). L'individu doit être motivé et capable d'utiliser toutes les opportunités communautaires disponibles pour une adaptation saine. De plus, l'adulte socialement adapté devrait avoir le pouvoir d'influencer son environnement, c'est-à-dire les autres personnes, et tendre à partager des attitudes et des modes de comportements socialement désirables. Le succès de l'individu dans ses interactions avec les personnes auxquelles il est rattaché, dépend de la façon dont ses attitudes sont en accord ou en conflit avec celles de son environnement. Cette réussite est aussi tributaire de la place qu'il prend aux yeux des autres.

Benjamin Wolman (1973) précise qu'une relation harmonieuse avec l'environnement implique la capacité de satisfaire la plupart de ses besoins et de rencontrer les demandes à la fois physiques et sociales. De plus, le processus d'une adaptation saine exige de

l'individu la capacité de performer dans les rôles principaux, de maintenir un concept de soi adéquat, de mener à bien un équilibre émotif fort, d'avoir accès à des ressources, de réussir des transitions développementales et de maintenir un fonctionnement cognitif efficace. Pour intégrer ses habiletés et en déterminer la justesse, de même que pour confronter le niveau de sa compétence aux stress de la vie, l'individu a besoin de s'appuyer sur un repère contextuel: son environnement. Le support de ce dernier, aspect central de la capacité d'adaptation de l'individu, aplanit l'impact du stress et contribue, par un feedback juste des habiletés acquises, à une meilleure capacité individuelle pour affronter les conditions difficiles de certains événements et de certains changements (Caplan, 1981; Spaniol & Jung, 1987).

L'adaptation saine implique trois éléments: soi-même, la relation aux autres et le facteur de changement. Ces mêmes trois éléments sont interreliés dans le concept d'adaptation (Atwater, 1983).

En effet, certaines situations de changement et/ou de crise peuvent provoquer des perturbations dans tous les systèmes de l'individu, qu'ils soient physiologiques, psychologiques ou interpersonnels. Le processus adaptatif se complique alors. Les patrons habituels de contrôle, d'organisation, d'équilibre et d'interaction deviennent laborieux et difficiles. Les individus ont à modifier leur image de soi, leur identité et leurs anciens rôles, et à faire face à l'inévitable et à l'inconnu. Les interactions diminuent et deviennent difficiles face à des demandes moins bien perçues. Les opérations cognitives peuvent devenir paralysées avec une faible perception et une tendance à la rumination, à la peine, à la colère, au ressentiment et à la culpabilité (Hirschowitz, 1976). Parfois anéanti par ces changements, ces pertes ou ces diminutions, l'individu peut être plongé dans une détresse interne. La personne risque de vivre la plus profonde des pertes, celle du sens individuel

de son Moi, de sa valeur personnelle. L'individu peut expérimenter un bris de sa projection de Soi, de sa continuité dans le temps. Ce changement incite l'individu à se poser des questions sur lui-même, sur son identité et sur son impact sur autrui. Ces remises en question suscitent des sentiments d'anxiété, de honte, de culpabilité, mais aussi un sentiment d'incompétence, d'où un doute par rapport à sa capacité à faire les choses nécessaires, à rencontrer les attentes environnementales, mais aussi à réussir sa projection de lui-même dans le temps. Aussi longtemps que les émotions perturbatrices demeurent intenses, l'organisation interne, la pensée et l'action peuvent difficilement être maintenues.

Or, les êtres humains, pour leur survie, se préoccupent du maintien d'une estime de soi ou d'une image de soi positive et sont probablement pré-programmés à rechercher la présentation d'un comportement déterminé valorisant pour eux-mêmes (Goldschmidt, 1974). Le niveau de l'estime de soi doit être désespérément maintenu et rehaussé chez l'individu touché (White, 1974). De plus, ce dernier affirme qu'aucune stratégie adaptative qui ne tient compte du niveau de l'estime de soi ne peut être efficace.

Stratégies d'adaptation: Les stratégies d'adaptation, tant internes qu'externes, conduisent les individus à répondre de façon différente les uns des autres aux demandes situationnelles et/ou changements drastiques. Certains théoriciens (Monat & Lazarus, 1977; White, 1974), voient dans les mécanismes de défense des stratégies adaptatives permettant aux individus de maintenir leur équilibre psychologique face à une crise sévère. Ceux-ci peuvent utiliser leur énergie et leurs habiletés pour garder le contrôle face aux demandes externes. Mais, pour certaines personnes, ces mécanismes de défense limiteraient l'individu, en assurant une protection de l'égo et en ne favorisant pas les efforts créatifs pour faire face directement aux situations stressantes (Vaillant, 1977). Ces mécanismes deviendraient pathologiques

lorsqu'ils iraient trop loin et instaурeraient un mode répétitif de réponse aux demandes internes aussi bien qu'externes. De plus cette protection tenderait à provoquer l'isolement de la personne, à la priver de l'opportunité de montrer ce qu'elle peut bien faire, de performer dans l'accomplissement d'une tâche et ainsi que de rehausser son estime d'elle-même, le sens de sa valeur et de sa dignité.

D'autres stratégies adaptatives externes, telles la résolution de problème ou encore celle de l'initiative de l'action directe, sont basées sur la confiance individuelle dans ses ressources. Différents déterminants peuvent interférer dans ce processus adaptatif. L'expérience antérieure de l'individu, en termes de réussite ou d'échec, peut entraîner la confiance ou le doute en ses capacités à surmonter de nouvelles difficultés. La signification que l'individu attribue à l'événement, à partir d'introjections archaïques, est susceptible de biaiser son évaluation de la situation à affronter. Ce médiateur cognitif ajouté à une perturbation émotionnelle et à une diminution de confiance en soi peut handicaper les capacités de l'individu et sa motivation à résoudre les problèmes par lui-même plutôt que par l'aide extérieure.

L'apparition de la maladie mentale et l'hospitalisation en milieu psychiatrique sont de nature à rendre difficile la capacité de l'individu à résoudre les difficultés par lui-même. La réussite de la réadaptation, suite à l'hospitalisation psychiatrique, a été vue comme un résultat d'interactions entre une série de facteurs personnels et environnementaux qui influencent la vie de l'ex-patient (Franklin, Kittredge & Trasher, 1975).

Facteurs de réadaptation post-psychiatrique

Les facteurs se référant à la symptomatologie, à la sévérité pathologique, à l'histoire hospitalière et psychiatrique du patient

ayant été examinés dans la section des études étiologiques, cette section examinera trois types de facteurs de réadaptation soit:

- les variables socio-démographiques
- le soutien social
- la dynamique familiale

Variables démographiques: Les variables démographiques ont été objets d'attention dans plusieurs études relatives à la réadaptation post-psychiatrique. Des facteurs tels que l'âge, le sexe, la classe sociale, le statut marital, l'instruction et l'emploi ont été pressentis comme des éléments interférant avec la réussite ou l'échec de l'adaptation post-psychiatrique. Lorei et Gurel (1973) et Munley, Devone, Einhorn, Gash, Hyer et Kuhn, (1977) rapportent, dans leur étude, que les variables de l'âge et de l'instruction ne sont pas reliées à la difficulté d'adaptation sociale des ex-patients. Par contre, la classe sociale présente une corrélation positive. Les variables du sexe et du statut marital, selon Franklin et al. (1975), ne semblent pas être des facteurs prépondérants dans le phénomène de réadmission. Ces derniers ont tout au plus observé que les patients vivant en cohabitation et réadmis étaient moins portés à se confier à leur conjoint ($p < .001$).

L'état de dépendance psychologique et socio-économique étant perçu comme un facteur important dans le processus d'adaptation, la variable de l'emploi promettait des résultats intéressants. Plusieurs études (Franklin et al., 1975; Klein, Person, Itil & Marchbank, 1974) ont conclu que les individus salariés avaient moins de probabilité d'être réhospitalisés. Serban et Gydynski (1974) ajoutent que la dépendance envers l'aide sociale apparaît contribuer significativement à la réadmission.

Pour certains chercheurs, la difficulté de l'ex-patient à obtenir un emploi relève des facteurs associés au diagnostic. Buell et Anthony (1973) rapportaient dans leur étude que les patients

ayant le diagnostic de schizophrène étaient moins portés à être employés que ceux présentant d'autres diagnostics. Une étude récente infirme cette allégation. En effet, les auteurs Tessier, Clément et Wagener-Jobidon (1992) estiment <<qu'aucun lien significatif n'a pu être établi entre le potentiel de travail du client et son diagnostic psychiatrique ou encore les différents symptômes de sa maladie>> (p.112) et ce, malgré le fait que les employeurs semblent réticents à l'étiquette psychiatrique.

Pour d'autres auteurs (Lorei & Gurel, 1973; Strauss & Carpenter, 1977; Anthony & Jansen, 1984) le meilleur prédicteur de la réussite post-psychiatrique, soit avoir et maintenir un emploi, relève plus de l'histoire antérieure de l'emploi du patient en termes de sa performance au travail, de ses expériences professionnelles passées, de son enthousiasme et de sa motivation envers son travail. Munley et al. (1977) ont observé que les patients travaillant régulièrement dans les six mois avant leur admission avaient plus tendance à se maintenir dans la société après leur congé psychiatrique.

Le niveau de l'appauvrissement ou l'absence des répertoires d'habiletés chez les individus mentalement troublés handicaperait davantage la capacité d'obtenir et de maintenir un emploi, d'établir des relations interpersonnelles fonctionnelles et une image de soi positive (Tessler & Mandersheid, 1982). Ces derniers estiment que certains patrons comportementaux, traits bizarres et problèmes somatiques, restreignent et/ou détériorent l'autonomie.

Dans le processus d'affrontement ou de résolution de problème, l'environnement joue un rôle important. Comme Lazarus, Averill et Opton (1974) le stipulent, le comportement adaptatif et l'affrontement ne peuvent être étudiés sans tenir compte du contexte environnemental dans lequel ils apparaissent. Les conceptualisations de l'affrontement, antérieurement centrées

surtout sur les mécanismes internes, reconnaissent de nos jours l'importance des facteurs externes. Ces variables se réfèrent aussi bien à la nature du problème qu'aux caractéristiques physiques de l'environnement ainsi qu'à celles des normes sociales inhérentes aux réseaux sociaux (Lazarus et al., 1974; White, 1974). La réinsertion reposant sur un ensemble complexe de rapports entre l'individu et son milieu, soit des attentes, des perceptions et des comportements (Corin & Bibeau, 1985), la qualité du soutien social joue un rôle majeur dans le processus de réadaptation de la personne qui retourne dans la société après un séjour en milieu psychiatrique.

Le soutien social: Contrairement à la clientèle longuement institutionalisée, la nouvelle clientèle se présente comme étant à la fois moins stable et plus influencée par les agents stressants environnementaux. De plus, il est permis de présupposer que les personnes cherchent à maîtriser et à développer leur compétence dans des secteurs d'activités qui vont leur permettre de se sentir plus indépendantes ainsi que d'apprendre à avoir confiance en elles-mêmes. Ces états de fait nécessitent, de la part des professionnels de la santé, d'aller au-delà des interventions individuelles pour agir aussi sur l'environnement de cette clientèle (Watts & Bennett, 1983). La communauté se doit de favoriser un processus qui s'appuie à la fois sur l'adaptation de la personne à l'environnement et sur celle de l'environnement à la personne. (Tessier, Clément & Wagener-Jobidon, 1992). Ce dernier processus s'effectue à travers des interrelations dynamiques entre des services professionnels, résidentiels, de loisirs sociaux, éducationnels et d'adaptation personnelle.

L'individu étant reconnu avec ses besoins et ses ressources propres, il est nécessaire que l'intervention vise à structurer l'environnement de façon à ce que celui-ci soit le moins restrictif possible pour la personne afin que cette dernière puisse être aidée à

réaliser sa spécificité. L'accent doit être mis sur l'intégrité et les forces de l'individu.

Le soutien social doit également favoriser l'autodétermination de l'individu, c'est-à-dire la reconnaissance de son droit et de sa capacité à prendre des décisions. Cette reconnaissance sociale est possible dans la mesure où les attitudes et les modes de réponse de la communauté sont permissifs et adaptés aux habiletés de la personne vivant des difficultés émotives. Fairweather (1980) rappelle la nécessité d'enseigner les habiletés dans le milieu même où elles vont être mises en action et ce, tant aux niveaux personnel et social qu'au niveau occupationnel. Le volet travail s'avère un élément essentiel dans le processus réadaptatif. La disponibilité du travail et sa permanence sont à même de faciliter la normalisation et l'intégration sociale de cette personne (Tessier, et al., 1992), d'où l'importance d'avoir accès à un support adéquat en emploi.

La qualité de cette insertion sociale ne serait pas complète sans la disponibilité de services auxquels les personnes peuvent se référer. Ceux-ci ont pour fonction de répondre aux premiers signes de décompensation ou de dysfonctionnement de la personne. Ces services doivent aussi l'assister pour qu'elle puisse augmenter son niveau de fonctionnement jusqu'à ce qu'elle soit capable de vivre dans un environnement de son choix avec, idéalement, un minimum d'intervention professionnelle (Anthony, Cohen & Cohen, 1983). Le type d'environnement choisi par l'individu s'avère fréquemment en relation avec le niveau de perturbations émotives ainsi qu'avec la problématique et la disponibilité relationnelle.

Soutien et dynamique familiale: Pour la nouvelle clientèle, le premier support vers lequel les personnes perturbées émotivement se retournent habituellement est la famille. Celle-ci, en tant que système de support social et miroir des attachements entre

l'individu et son groupe d'individus, est à même de favoriser chez la personne la maîtrise de ses émotions, de lui offrir des conseils, de lui procurer du feedback, de valider son identité ainsi que de nourrir sa compétence (Caplan, 1974). En outre, dans ce milieu, la personne est susceptible de retrouver des liens affectifs et de loyauté, du support émotionnel, un partage d'intérêts et de tâches, une disponibilité de ressources financières, matérielles et techniques et des informations pratiques.

Le contact entre le patient et sa famille peut être supportant et ce, pour n'importe quel trouble psychologique (Spiegel et Wissler, 1986). Selon Jenkins (cité dans Hatfield & Lefley, 1987), le soutien familial a à la fois un effet direct et atténuant. En effet, mieux les individus sont supportés, moins ils expérimentent de détresse psychologique face au niveau de stress dans leur vie. Mais il ajoute que ce soutien sert aussi d'intermédiaire dans la relation entre le stress et l'adaptation à la perturbation. Cette sorte de tampon est possible dans la mesure où la famille offre un large éventail de stratégies, de solutions dans lequel l'individu puisse choisir et ainsi rencontrer ses besoins. La capacité de toute la famille à répondre de façon congrue et cohésive au stress en atténue l'impact et augmente la probabilité que l'individu perturbé soit plus fonctionnel.

Mais la relation entre les troubles familiaux, la psychopathologie individuelle et les syndromes psychiatriques ayant été établie, bon nombre de chercheurs, depuis bientôt quatre décennies, se sont intéressés au système familial pour comprendre son rôle dans la santé et la maladie de l'individu. La prochaine section présente les grandes lignes théoriques des concepts et des facteurs familiaux susceptibles d'être reliés à l'adaptation ou à la rechute de la personne qui réintègre son milieu familial après un séjour en milieu psychiatrique. Seront présentés successivement la

perspective systémique, le concept réacteur/répondeur, les attitudes, l'expression émotive et les dimensions proprement dites du climat familial.

Perspective systémique de la perturbation:

Les professionnels de la santé et les théoriciens ont cherché à connaître et à comprendre comment le système familial, milieu de soutien préférentiel pour le patient, pouvait aider à la prévention d'une éventuelle rechute mais aussi en quoi elle pouvait être une cause de l'échec de la réadaptation de celui-ci.

Kreisman et Joy (1974), dans leur revue de littérature, ont trouvé que les familles étaient fréquemment considérées comme le stresser principal et la cause de la maladie mentale. Plusieurs théoriciens d'orientation systémique en étaient venus à voir le dysfonctionnement individuel du patient comme l'expression d'une structure familiale dysfonctionnelle (Bateson, 1983; Haley 1980; Bowen, 1984; Lidz, Cornelison, Fleck, & Terry, 1986). Ces derniers soulignaient des problèmes relevant de divers troubles de communication et de déficits dans l'organisation des tâches essentielles pour chacun des membres de la famille.

Pour Guy Ausloos (1980), le patient est comme le symptôme porteur d'un message familial au système lui-même et à l'environnement. Celui-ci leur communique qu'il y a, momentanément du moins, incompatibilité entre les finalités du système et celles d'un des membres. Ce dernier devient fonctionnel pour l'ensemble du système lui-même et sert souvent de diversion aux membres familiaux par rapport à leurs propres conflits et offre un alibi pour des fonctions familiales déficientes (Lalonde & Grunberg, 1988). Par son rôle de "bouc-émissaire" délégué par la famille, le patient devient alors l'expression, à travers ses comportements, des sentiments désavoués ou réprimés par les

autres membres familiaux (Steinhauer, Santa-Barbara, & Skinner, 1984; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967).

En tant qu'unité consistante de parties interactives la famille opère à partir d'un ensemble de règles pour déterminer mutuellement le comportement de tous les membres familiaux (Spaniol et Jung, 1987). Ces règles implicitement définies et suivies par les membres de la famille maintiennent le système de manière homéostatique, l'enferment dans ce mode de fonctionnement et peuvent entraîner des déficits aux niveaux relationnels et interactionnels (Messer, 1970). A partir de cette conception systémique, nombre d'auteurs ont prôné une vision de causalité circulaire dans la relation entre les processus inadaptés et la difficulté d'adaptation (Brown, Birley, & Wing, 1972; Falloon 1986; Leff 1976).

Du point de vue systémique, la famille étant un groupe de personnes en interaction constante les unes avec les autres et fonctionnant comme un système ouvert, il ne s'agit plus de rendre la famille responsable d'une maladie psychiatrique (Lalonde & Grunberg, 1988; Morval, 1986). Une influence mutuelle existe entre les membres de la famille, que ce soit de façon nocive ou bienfaisante. Cette perspective a d'ailleurs incité des auteurs à considérer ce processus réactionnel dans une optique plus distinctive pour expliquer la relation existant entre l'adaptation post-psychiatrique et l'influence familiale à laquelle est soumis le patient lors de son retour à la maison.

Aspect réacteur/répondeur: Nombre de théoriciens ont considéré la famille dans une perspective réacteur/répondeur (Hatfield. 1978; Kreisman & Joy, 1974; Spaniol & Jung, 1987). Pour ces auteurs, la famille ne cause pas l'incapacité psychiatrique, mais répond plutôt au comportement perturbé du membre familial malade de façon plus ou moins aidante et réagit aussi bien qu'elle le

peut en gérant ses problèmes à travers ses ressources et ses limites ainsi que ses efforts d'adaptation. La signification que revêt la maladie mentale, l'hospitalisation et les problèmes de fonctionnement du patient peut influencer les attitudes des membres de la famille et conditionner leurs réponses envers ce proche émotionnellement perturbé (Pearlin & Schooler, 1978; Thompson, & Doll, 1982).

Terkelsen (1987) stipule que la maladie touche chacun, affectant les attitudes envers soi et la vie, produisant des symptômes chez les autres membres, altérant la structure familiale et influençant les choix de vie. Les troubles, tant mineurs que majeurs, peuvent aussi influencer et détériorer les capacités, les motivations, les habiletés et les ressources nécessaires, à l'individu et au système familial pour réussir la réinsertion.

Le fardeau émotif de vivre et de composer avec la perte d'anciennes habiletés et la difficulté d'en acquérir de nouvelles, influence la productivité, le concept de soi et le potentiel de changement chez le patient, d'où un ajout probable au fardeau familial. Ce dernier peut même se comparer à un "burn-out" (Spaniol & Wells, 1982) et ainsi favoriser une réponse familiale principalement caractérisée par le stress, l'anxiété, l'exaspération, le ressentiment, la peine et la dépression (Creer & Wing, 1974).

La grande tolérance démontrée envers les effets variables de la maladie, ainsi qu'envers l'imprévisibilité, la nécessité d'une adaptation continuelle et les limites du membre malade coûte très cher à chacun des membres de la famille (enfants, fratrie, parents). L'environnement familial peut devenir un milieu d'acceptation physique doublé de rejet émotif. La réponse comportementale de la famille à la personne psychiatriquement atteinte crée un environnement qui peut soit augmenter ou diminuer l'ajustement potentiel (Spaniol & Jung, 1987).

Les attitudes et réactions des membres de la famille: Cette réponse est habituellement caractérisée par une diversité et une fluidité d'attitudes entre les membres de la famille et envers le patient. On est susceptible d'observer des comportements de positions d'accusés/accusateurs, une forme corrosive de silence pour préserver la paix, une dégradation de la confiance et du respect mutuel entre les membres et une compétition malsaine entraînant "l'évincement" (Terkelsen, 1987).

Les espoirs que la qualité des attitudes familiales, en termes de tolérance envers les comportements spécifiques de la maladie, des besoins physiques et émotifs du patient, auraient une influence sur l'adaptation du patient psychiatrique et diminuerait le taux d'hospitalisation se sont avérés mitigés si on examine les résultats des recherches empiriques. Tandis que certaines études trouvaient que les familles dont le membre psychiatrique réussissait à bien s'adapter, considéraient celui-ci comme normal et non-dangereux et tendaient à ne pas le blâmer (Barrett, Kurkuriansky & Gurland, 1972), d'autres recherches démontraient des différences non-significatives entre l'acceptation familiale et le maintien dans la société (Vanicelli, Washburn & Scheff, 1980).

En dépit des notions qui suggéraient que l'acceptation familiale était garante de la réussite de l'adaptation, des auteurs ont jugé que le retour du patient dans ce type d'environnement ne s'avère pas être toujours bénéfique à l'adaptation du patient et n'est pas nécessairement la meilleure alternative pour le patient, ni pour la famille (Brown, Birley et Wing, 1972; Doll, 1976). La façon dont les membres de la famille traitent le patient affecte le pronostic d'adaptation plus que tout autre prédicteur. D'ailleurs, les changements pour réparer et/ou pour prévenir les dommages faits au patient peuvent produire des effets contraires. Ces changements mis en place peuvent bloquer le développement de l'autonomie et de comportements auto-régulateurs appropriés selon Terkelsen

(1987). Cet auteur estime que la plupart des patients sont supersensibles à la manière dont ils sont traités. Ceux-ci sont affectés par la nature de leurs relations émotionnelles avec les membres de la famille. De là, l'importance pour le processus de réinsertion d'examiner la qualité et l'intensité de l'atmosphère familiale avant l'hospitalisation, selon Hogarthy, Goldberg, Schooler et The Collaborative Study Group (1974).

Expression des émotions négatives: Plusieurs chercheurs ont observé que des attitudes de surprotection, de surimplication et d'expression émotive élevée dans la réponse de certaines familles pouvaient compromettre la réadaptation du proche malade. L'évaluation de ces composantes émotives s'est effectuée en se basant sur le concept du EE (high expressed emotion). Ce concept, tel que définit par Brown, et al., (1972), se réfère à trois composantes: le nombre de critiques présentes dans les commentaires des membres de la famille envers le malade, le degré d'hostilité présent (comprenant les critiques négatives, les ressentiments, le déni, le rejet et la désapprobation) ainsi que le degré de surprotection caractérisé par un degré excessif d'anxiété.

Les résultats de plusieurs études ont démontré une relation entre le niveau élevé de cette composante émotive dans la famille et la rechute (Brown et al., 1972; Falloon, Boyd & McGill 1981; Leff, & Vaughn, 1985; Moline, Singh, Morris & Meltzer, 1985; Vaughn & Leff, 1976; Vaughn, Snyder, Jones, Freeman & Falloon, 1984). Les études ont révélé que le meilleur prédicteur de la rechute symptomatique dans les neuf mois après le congé hospitalier était le degré d'émotions exprimées (EE) par les membres de l'environnement familial. Les patients dont l'environnement familial était plus tolérant et plus neutre émotivement, étaient plus enclins à mieux se porter sur une période de 9 mois. L'expression de certains types d'émotions négatives influencerait le taux de rechute des patients schizophrènes. Parmi les commentaires négatifs,

verbaux et non-verbaux, la critique serait le facteur le plus prédictif de l'exacerbation des symptômes et/ou de la rechute (Vaughn et al., 1984).

Mais du fait que le concept de l'expression des émotions limitait l'évaluation des familles, les chercheurs ont jugé approprié de considérer ces dernières comme ni entièrement saines ni entièrement pathologiques (Steinhauer, et al., 1984). Dans ce sens, les chercheurs ont regardé la psychopathologie individuelle à travers le potentiel des stratégies d'affrontement et l'interaction dynamique entre les dimensions du fonctionnement du système familial dans lequel le patient et les membres familiaux expérimentent leur histoire personnelle et commune.

Le fonctionnement interactionnel peut être vu en termes de communication, de relations familiales, de croissance personnelle et de maintenance du système.

Communication: La relation inter-systèmes ne saurait exister sans l'élément essentiel de la communication. A travers les nombreuses études sur la communication, les chercheurs ont répertorié une vaste gamme de caractéristiques communicatives. Grandmont (1989) affirme que la personne est capable de communiquer de deux façons différentes: tantôt de façon précise et logique (mode digital) et tantôt dans un langage métaphorique (mode analogique). Le premier mode laissant peu de place aux erreurs d'interprétation, les difficultés communicatives proviennent plus de la signification et de l'interprétation des images transmises verbalement et/ou non-verbalement. Outre le fait, également, que les messages se situent entre le clair et le voilé, les communications peuvent être directes ou indirectes, ouvertes ou fermées, paradoxales ou ambiguës. La communication, qu'elle soit verbale et/ou non-verbale, favorise l'échange et l'observation de

toute information affective, relationnelle et organisationnelle (Steinhauer, et al., 1984).

Relations familiales: La communication verbale et/ou non-verbale permet aussi aux membres de transmettre et de ressentir l'implication affective. Celle-ci, par sa qualité et l'intensité de l'ouverture et de l'intérêt des membres les uns envers les autres, répond aux besoins émotionnels de chacun. Et de là, la présence de cohésion, de sécurité et du sentiment d'être valable qui contribuent à l'estime de soi, à l'indépendance, au maintien de l'autonomie et à la protection du droit de la pensée personnelle (Steinhauer, et al., 1984). Ces auteurs affirment, en outre, que la qualité de ces implications déterminera si les relations sont nourrissantes et supportantes ou destructrices et égoïstes. Le sentiment d'avoir un environnement supportant a une relation avec le fonctionnement de l'individu face aux stress et aux demandes environnementales (Spiegel & Wissler, 1986).

La dimension de cohésion se rapportant au degré d'engagement, d'aide et de support témoigné entre les membres d'une famille (Moos & Moos, 1986) apparaît significativement associée au niveau de support familial ainsi qu'à l'adaptation du patient (Mitchell, 1982; Spiegel & Wissler, 1986). Plusieurs études révèlent que les personnes qui perçoivent leur famille comme plus cohésive se sentent mieux soutenues par elle (Barrera, Sandler & Ramsay, cités dans Moos & Moos, 1986). Le climat interactionnel positif et supportant pour les membres familiaux est relié au niveau de la cohésion mais aussi à ceux de la qualité et de l'intensité de l'expression. (Billings et Moos, 1982).

C'est dans la mesure où les membres de la famille encouragent l'expression directe et ouverte de l'expérience émotive et des problèmes de chacun que le membre perturbé peut être aidé dans son adaptation émotive. Spiegel & Wissler (1986) rapportent

dans leur étude que les patients qui évaluent leur famille comme favorisant fortement l'échange passent significativement peu de jours à l'hôpital dans l'année subséquente. Plus le système familial est troublé, plus grande sera la perturbation de la communication affective. Dans de tels systèmes familiaux, le conflit ouvert peut être inhibé dans sa communication (Spiegel & Wissler, 1983). L'impossibilité de l'expression et l'accumulation de ressentiments augmentent la probabilité que le conflit principal soit contenu et réflété dans la personnalité pathologique d'un des membres de la famille (Ackerman, 1958).

Le conflit et l'anxiété excédant les ressources intégrées que l'individu peut mobiliser dans son unité familiale, le désordre devient alors l'expression dramatique du patron de stress caractérisant ce groupe familial en particulier. Ackerman (1958) affirme que le conflit dans les relations familiales précède souvent l'apparition des symptômes psychonévrotiques. De plus, cet auteur précise qu'il est cliniquement significatif que le principal déclencheur de la référence psychiatrique provient fréquemment d'une souffrance causée par le conflit familial plutôt que de la présence de symptômes mentaux comme tel. Les études de Brown et al. (1972) et de Spiegel et Wissler (1986) rapportent que la rechute était associée à la façon dont les conflits, la colère et l'agression s'exprimaient ouvertement entre les membres de la famille. Les familles dont le niveau de cohésion se situe au-dessus de la moyenne et dont le degré de conflit est faible présentent un fonctionnement personnel plus élevé (Billings & Moos, 1982).

L'individu fragile, retournant dans une famille désengagée où le degré et la qualité de l'implication sont bas, risque d'être aliéné, de se sentir insécure, d'avoir une faible estime de soi et d'avoir de la difficulté à être autonome. Dans une famille où prévaut une pseudo-implication affective, l'ex-patient pourra plutôt ressentir un manque de véritable empathie, lequel lui fera vivre de la

frustration, de l'insécurité et des préoccupations au sujet de son identité, de l'acceptation et de la valeur de soi (Steinhauer et al., 1984). Chez d'autres familles, l'implication affective, plus narcissique qu'empathique, peut s'avérer aussi destructive en qualité qu'excessive en intensité. L'enchevêtrement possible des membres d'une telle famille indique la présence d'une pathologie sérieuse entre le système familial et les sous-systèmes intrapsychiques (Steinhauer, et al., 1984). Dans ce type de système, les frontières risquent d'être envahies facilement, empêchant ainsi toute possibilité d'intimité, de liberté d'agir par soi-même. Le membre familial perd la capacité de distinguer ses pensées, ses sentiments et ses besoins de ceux de son (sa) partenaire. En termes d'échanges, les membres de la famille peuvent présenter une façade de pseudo-mutualité, telle que décrit par Wynne (cité dans Lalonde & Grunberg, 1988). Il s'agit d'un type de relation familiale marquée par une forte attraction mutuelle des divers membres de la famille et ce, aux dépens de la différenciation des identités.

Croissance personnelle des membres de la famille: Comme c'est la tâche de chaque individu de s'actualiser et de travailler à sa continuité, le système familial doit être en mesure de générer la croissance personnelle de chaque membre de la famille en termes d'indépendance, d'accomplissement, d'intérêts culturel et intellectuel, d'activités sociales et récréatives et de valeurs personnelles et sociales.

La manière dont les membres de la famille témoignent de l'assurance, se suffisent à eux-mêmes et prennent leurs propres décisions (Moos & Moos, 1986) permet de mesurer la capacité familiale de favoriser et de supporter l'indépendance chez chacun de ses membres. Ce facteur s'avère important dans le processus d'adaptation. L'étude de Mitchell (1982) confirme que l'indépendance, conjointement avec la cohésion, apparaît être significativement associée ($p < .05$) au niveau de support dans la

famille. Cet auteur affirme, en outre, que plus la famille encourage l'indépendance, plus le membre est en mesure d'utiliser son potentiel de résolution de problème et de maintenir un bas niveau de psychopathologie. De plus, le support des pairs amplifie et soutient la recherche de contact hors famille.

Dans une famille dont les frontières interpersonnelles sont trop fermées et trop rigides, on observe la tendance du groupe familial à vivre replié sur lui-même, isolé des liens amicaux et communautaires. Ce retrait risque de générer des idées de méfiance, voire des pensées paranoïdes chez les membres et ainsi handicaper leur capacité et leur motivation à rechercher les contacts sociaux et à stimuler leur intérêt intellectuel, culturel et récréatif hors du système familial. Spiegel & Wissler (1986) ont rapporté une relation positive, quoique faible, entre le facteur de l'intérêt intellectuel et culturel et le nombre de jours d'hospitalisation dans l'année subséquente.

La dimension de la croissance, tout comme chacun des autres aspects du fonctionnement familial d'ailleurs, est influencé directement ou indirectement par les valeurs et les normes familiales (Steinhauer, et al., 1984). Ces valeurs, d'ordre religieuses/morales et/ou personnelles/sociales contribuent à l'établissement de règles et de normes familiales à partir desquelles les comportements sont jugés. Steinhauer, et al., (1984) affirment que la latitude dont les membres bénéficient pour déterminer leurs propres attitudes et comportements est hautement corrélée avec la tolérance familiale à l'autonomie individuelle.

Ces règles impliquent plusieurs processus complexes et interreliés. Pouvant être explicitement et/ou implicitement fixées, elles deviennent opportunité de dissonance anxiogène et confusionnelle et peuvent générer le conflit. La famille à latitude

étroite a des règles régissant la plupart des zones de la vie familiale et permet peu de choix individuel. Ces familles vont aussi loin que de s'arroger le droit de définir comment les membres de la famille devraient penser, ressentir et agir: une situation manifestement incompatible avec l'autonomie. D'autres familles, à latitude excessivement large et avec peu de règles, peuvent vivre le chaos et présenter un fonctionnement inadéquat pour la croissance personnelle et le potentiel adaptatif de l'individu. Ainsi donc, pendant que différentes familles peuvent recourir à un éventail de latitudes optimal pour un fonctionnement adaptatif, les extrêmes dans l'une ou l'autre direction peuvent être corrélés avec la dysfonction et la psychopathologie (Steinhauer et al.,1984).

Maintenance du système familial: Les composantes du processus adaptatif individuel et familial sont également influencées par la qualité de la maintenance du système. Un certain niveau d'organisation et de contrôle s'avère nécessaire pour maintenir un milieu familial équilibré. Ces deux facteurs permettent l'attribution des rôles familiaux, des tâches et de l'accomplissement de ceux-ci. L'importance que la famille accorde à l'organisation claire, à la planification et à la structuration de ses activités et responsabilités ainsi qu'au contrôle des règles et des procédures utilisées, déterminent le fonctionnement quotidien intra-familial (Moos & Moos,1986). En outre, la famille, dans sa définition des rôles traditionnels, doit permettre assez de flexibilité pour respecter les besoins des membres individuels.

Selon Fowler (1981, 1982), le manque d'organisation familiale et de contrôle peuvent être des déterminants importants du dysfonctionnement personnel dans les familles. L'étude de Billings et Moos (1982) révèle que des signes précis de dysfonctionnement s'observent chez les membres dont les familles présentent un déséquilibre des niveaux d'organisation et de contrôle: un faible niveau peut créer un milieu cahotique et malsain, tandis qu'une

exagération peut créer un niveau pathologique de résistance aux changements adaptatifs nécessaires.

Le type d'organisation et les composantes d'adaptation de contrôle, divergent selon le style familial présent. Les familles présentent quatre styles différents: soit un style flexible, rigide, laisser-faire ou chaotique. A l'opposé du style flexible, lequel favorise la spontanéité, l'individualité, l'accomplissement des tâches et est suffisamment supportant et éducatif, les autres styles sont susceptibles d'interférer avec une adaptation réussie (Steinhauer, et al., 1984). Sous le stress ou lorsqu'un changement s'impose, ces styles encouragent subséquemment la subversion, l'agressivité passive, le déplacement de colère vers l'extérieur et de multiples luttes de pouvoir; l'inertie, l'indécision, le manque d'implication affective et l'absence d'accomplissement de tâches; la confusion, la frustration, l'imprévisibilité continue en réponse à l'hostilité et/ou au retrait. Comme la capacité d'adaptation est l'atout majeur de la famille, ces styles peuvent interférer dans la réussite ou l'échec du processus de réinsertion du membre malade (Steinhauer, et al., 1984).

Sans un niveau adéquat de contrôle et d'organisation, il y a un conflit de rôle continu et une impossibilité d'intégration de rôle, d'où la présence inévitable de tension et de friction. Plus le système familial est troublé, plus grande sera la possibilité d'observer une perturbation de la communication organisationnelle. En outre, dans les situations de crise, les familles dysfonctionnelles, dont les habiletés de base sont altérées, tendent à réutiliser des patrons de fonctionnement similaires en termes de rôles et d'accomplissement de tâches. Dans de telles familles, presque chaque communication instrumentale est formulée comme une tentative invasive de dominer ou de contrôler, d'où la probabilité de multiples luttes de pouvoir et/ou d'oppositions

indirectes. Tel que le stipule Richard Mélito (1985), on ne peut dissocier l'organisation et l'adaptation.

Comme le démontre cette documentation, le milieu familial est une clef paradigmatique composant à la fois avec le stress et les ressources d'adaptation (Billings & Moos, 1982). Les caractéristiques familiales peuvent augmenter l'exposition au stress et entraîner, en réponse, la résurgence symptomatique.

En outre, cette revue de littérature a permis de constater que comparées aux familles normales, les familles en détresse démontrent moins de cohésion et d'expression et plus de conflit et de contrôle. De telles familles tendent à être moins bien organisées (Scoresby & Christensen, 1976), à moins favoriser l'indépendance, l'accomplissement personnel et les activités religieuses et à moins s'intéresser à des activités d'ordre intellectuel et/ou récréationnel (Moos, & Moos, 1986).

Dans les recherches antérieures, les sujets avaient souvent une histoire d'hospitalisation à long terme. La particularité de cette recherche est de vérifier s'il existe un lien entre l'environnement familial et l'adaptation post-psychiatrique du patient ayant une histoire hospitalière à court terme.

Hypothèses de recherche

Les écrits scientifiques démontrant le rôle de l'environnement familial dans la réinsertion familiale de l'individu ayant fait un séjour en milieu psychiatrique, les hypothèses suivantes sont retenues:

Les résultats de la présente étude devraient démontrer une relation significative entre les dimensions du climat familial, en particulier la cohésion, l'expression, le conflit, l'indépendance, l'organisation, le contrôle et l'adaptation du patient deux mois après la sortie du séjour en milieu psychiatrique.

De plus, les résultats devraient nous permettre d'explorer quels sont les autres facteurs de l'environnement familial pouvant être reliés à l'adaptation post-psychiatrique du patient.

Enfin, les résultats devraient nous permettre de voir si l'amélioration observée chez les patients entre les deux passations est reliée à la qualité du climat familial.

Méthode

Ce chapitre porte sur la description de l'expérimentation. Il traite de la population échantillonnale, des instruments de mesure utilisés et du déroulement de l'expérience.

Sujets

La présente étude a été réalisée à partir d'une population totale 32 sujets, dont 16 hommes et 16 femmes et dont l'âge varie de 26 à 71 ans ($M = 42.5$; $E-T = 9.99$). Les sujets, provenant tous du Centre du Québec, se répartissent en deux groupes. Dans le premier groupe, nous retrouvons 16 patients hospitalisés en psychiatrie, à court terme, au Centre Hospitalier Régional de la Mauricie (C.H.R.M.) Le deuxième groupe est composé de 16 membres-clés désignés comme significatifs par le patient participant et avec lequel le patient demeurait depuis au moins 4 mois.

Il est à noter que trente patients ont été rencontrés pour les besoins de cette recherche. Quatorze participants ont été exclus pour divers motifs, tels que: réhospitalisation avant la deuxième passation, refus de participation du membre-clé, refus de compléter la deuxième passation et arrêt au cours de la première passation.

Groupes:

A. Groupe de sujets qui sont hospitalisés en psychiatrie à court terme.

Les critères de sélection de ce groupe étaient les suivants: être âgé(e) de 25 à 60 ans, être hospitalisé(e) pour un séjour d'au

moins 5 jours, avoir effectué moins de dix hospitalisations en psychiatrie (de façon à ne pas inclure trop de chronicité, laquelle risque d'enlever toute signification à l'adaptation) et être apte à répondre aux questionnaires. Tous les diagnostics étaient inclus sauf ceux de déficience mentale, de sénilité et de troubles organiques, bref ceux qui pouvaient s'avérer un obstacle à la compréhension et à la capacité de répondre adéquatement aux questionnaires. En outre, le sujet hospitalisé devait demeurer avec le membre-clé désigné depuis les 4 mois précédant son hospitalisation et retourner vivre avec celui-ci après son congé hospitalier. Les patients résidant en famille d'accueil étaient exclus. Les sujets de ce groupe sont âgés de 29 à 59 ans avec une moyenne d'âge de 41.1 ans et un écart-type de 8.7 ans. Etant donné le nombre restreint de l'échantillon, les diagnostics des patients (inscrits au dossier) ont été catalogués dans deux groupes, soit névrotique ou psychotique. La répartition se présentait comme suit: neuf patients à composante névrotique et sept patients à composante psychotique. En outre, la durée de l'hospitalisation s'est effectuée sur une moyenne de 24.68 jours avec un écart-type de 15.67 jours. De plus, au cours de leur hospitalisation les patients ont été intégrés à la fois dans une thérapie individuelle avec leur médecin traitant et le personnel infirmier, et dans des thérapies de groupe telles que le psychodrame et l'ergothérapie.

B. Groupe de membres de la famille:

Les membres de la famille pouvaient être: l'époux(se), le conjoint(e), le père ou la mère, un frère ou une soeur, ou toute autre personne jugée significative par le sujet-patient. Les sujets de ce groupe sont âgés entre 26 et 71 ans et la moyenne d'âge se situe à 44.0 ans avec un écart-type de 12.4 ans. Le groupe des répondants significatifs se compose principalement de conjoints(es), sauf une mère pour un sujet féminin.

Instruments de mesure

Trois instruments de mesure sont utilisés. Le premier, le *Family Environment Scale* (FES), mesure la perception de l'environnement familial et conjugal. Ce test a été élaboré par Rudolf H. Moos et Bernice S. Moos en 1974. Le second instrument appelé *Personal Adjustment and Role Skills* (PARS) a été développé par Robert B. Ellsworth en 1979. Ce questionnaire permet à un autre membre de la famille d'évaluer le fonctionnement et l'adaptation psychosociales du sujet hospitalisé dans huit différents secteurs d'activité de sa vie quotidienne au cours du dernier mois. Le troisième questionnaire, s'adressant au sujet, mesure sept dimensions de son fonctionnement, de son adaptation psychologique et de son état de santé au cours du dernier mois. Cette échelle de mesure est le *Profile of Adaptation to Life Clinical Scale* (PAL-C) et a été élaboré par Robert B. Ellsworth en 1979.

Un quatrième et un cinquième questionnaires, *Renseignements généraux*, ont été créés pour les besoins de cette étude. Ils permettent d'obtenir, respectivement pour le sujet hospitalisé et le membre-familial, les informations relatives à l'âge du sujet (question 1), au sexe du sujet (question 2), à son degré de scolarité (question 3), à son statut (question 4), à la personne avec laquelle il (elle) habite (question 5), au nombre de personnes résidant dans la maison (question 7), à son occupation (question 9), et à la source principale de revenu (question 10). D'autres informations liées aux conditions de vie de la personne souffrant de problèmes psychologiques sont comprises dans le questionnaire, mais ne feront pas l'objet d'une analyse.

Tous les questionnaires cités précédemment ainsi que leur grille d'analyse sont reproduits successivement à l'Appendice A, B et C

1- Mesure du climat familial

Le test choisi pour évaluer la perception qu'ont les sujets de leur environnement familial est une version québécoise du *Family Environment Scale* (FES) de R.H. Moos et B.S. Moos (1974). La traduction originale s'est effectuée avec l'aide de trois traducteurs indépendants qui se sont réunis pour une conciliation de leur version. Ce test constitue l'une des dix parties du *Social Climat Scale*. La version originale du FES, constituée d'un bassin initial de 200 items, a été développée à partir de plusieurs entrevues structurées avec les membres de diverses familles. L'administration de la version originale du FES à plus de 1000 personnes dans 285 familles a servi à la sélection des items de la version finale du FES.

La forme R (réelle) du FES, utilisée dans cette étude, contient une liste de 90 items répartis en dix sous-échelles de neuf items chacune. Ces dix sous-échelles sont regroupées sous trois dimensions de la vie familiale:

- A- Rapports familiaux: cohésion, expression, conflits.
- B- Croissance personnelle: indépendance, accomplissement, intérêt intellectuel et culturel, activités sociales et récréatives, emphase sur la morale et la religion.
- C- Maintenance du système: organisation et contrôle.

Le FES a permis des comparaisons entre 1125 familles normales et 500 familles en détresse. Tel que prévu, les familles en détresse, comparativement au groupe de familles normales, présentaient des résultats significativement plus bas sur les échelles de cohésion ($M=5.03/6.61$), d'expression ($M=4.60/5.45$),

d'indépendance (5.89/6.61), d'intérêt intellectuel/culturel et récréatif ($M=4.55/5.63$, $M=4.29/5.35$), et des niveaux de conflit ($M=4.28/3.31$) et de contrôle ($M=4.84/4.34$) plus élevés. L'étude de Scoresby et Christensen (1976) a corroboré les résultats mentionnés précédemment: les familles en détresse présentent moins de cohésion et d'expression, une plus pauvre organisation et l'expérience de plus de conflit.

Des intercorrélations, entre les dix sous-échelles, ont été établies à partir des résultats de 800 familles normales et dysfonctionnelles. Elles indiquaient des corrélations positives entre les sous-échelles de cohésion et d'organisation et celles d'intérêt intellectuel/culturel et des activités récréatives et sociales. Des corrélations négatives étaient observées entre la cohésion et le conflit et entre l'indépendance et le contrôle. Les consistances internes (Alpha de Cronbach) de chacune des dix sous-échelles se situaient toutes dans un écart acceptable variant de modérée à substantielle (.61 à .78).

Les fidélités test-retest des résultats des dix sous-échelles ont été calculées à partir des mesures des membres des familles, lesquelles ont été effectuées à deux reprises, à deux mois d'intervalle. Les fidélités test-retest ont toutes présenté un écart acceptable, variant de basse pour l'indépendance (.68) à haute pour la cohésion (.86). D'autres coefficients de stabilité relativement élevés ont été observés (Moos, 1990), pour les échelles de cohésion, d'expression, de conflit, d'organisation et de contrôle pour des intervalles plus longs. Après quatre mois, ils variaient de .66 à .78 et après douze mois, ils variaient de .63 pour la cohésion à .81 pour l'organisation. Il est à préciser, comme pour la consistance interne, que les stabilités sont sujettes à varier dans les différents groupes de familles, dépendamment de la situation, de la phase de changement et/ou de la thérapie vécues par la famille lors de l'évaluation. Donc, les sous-échelles du FES reflèteraient les

changements se produisant dans l'environnement familial à travers les différentes passations.

En ce qui a trait à la validité de contenu du FES, elle s'appuierait, en premier lieu, sur la formulation de définitions claires des dimensions (cohésion, organisation, etc...) et l'intégration des énoncés sélectionnés dans ces dimensions. En outre, des intercorrélations inter-items, des corrélations item-échelle et des analyses de consistance interne ont servi de critères empiriques pour le choix des items.

Les informations pertinentes à la validité (Moos & Moos 1986) se présentent en terme de relations empiriques entre le FES et d'autres mesures, telles que: *Personal Adjustment and Role Skills Scale*, *Marital Adjustment Scale*, *Family Routine Inventory*, *Locke-Wallace*, etc... Peu d'informations sur les échantillons et les résultats quantitatifs spécifiques ont été obtenues des travaux publiés à partir de la bibliographie du manuel du Social Climate Scale ainsi que de ceux travaux publiés ultérieurement, impliquant le FES.

Malgré le fait que plusieurs formes d'études validationnelles, se rapportant au FES et à sa structure factorielle, aient commencé à apparaître dans la littérature (Boake et Salmon, 1983; Fowler, 1981; Fowler, 1982) et que celles-ci aient rapporté certains éléments de preuve intéressants, il est nécessaire d'être prudent dans l'utilisation et dans l'interprétation des résultats.

2- Mesure de l'adaptation par le membre-clé

Le deuxième questionnaire est une version québécoise du *Personal Adjustment and Role Skills* (PARS) de R.B. Ellsworth (1979). La traduction a été assurée par un traducteur diplômé et vérifiée par deux lecteurs indépendants. Cette échelle de 31 items

mesure huit dimensions de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial du sujet recevant des soins de santé mentale. Cette mesure pré et post-traitement s'effectue à partir de l'évaluation par la même personne, désignée comme significative par le patient. L'utilisation du même évaluateur, pour les évaluations pré et post-traitement, contrôlerait le biais subjectif anticipé par l'opinion scientifique. Les huit zones de l'adaptation sociale et familiale évaluées sont: Relations interpersonnelles, Aliénation-Dépression, Anxiété, Confusion, Abus d'alcool/drogue, Activités domestiques, Relations interpersonnelles avec les enfants et Emploi.

Le PARS, dans sa version actuelle, s'appuie sur cinq échelles antérieures développées pour évaluer l'adaptation psychosociale des personnes recevant des traitements. La nouvelle forme du PARS, comprenant 31 items, provient de la sélection d'items du PARS VI. Cette dernière, composée de 51 items, regroupait les items féminins et masculins des deux formes du PARS V. La sélection des 31 items s'appuyaient sur les analyses de facteur et les données sur la fidélité et la validité des items. Le facteur de consistance à travers les groupes et l'analyse de consistance interne (coefficient Alpha) ont servi à la sélection finale des 31 items des 8 facteurs, lesquels se confirmaient régulièrement à travers les groupes.

Du point de vue des intercorrélations entre les scores factoriels, celles-ci présentent un bon niveau d'indépendance. D'une part, elles sont assez élevées pour former un même univers conceptuel en présentant par exemple des résultats de ($r=.56$) entre l'anxiété et la confusion, de ($r=.54$) entre l'anxiété et l'aliénation/dépression ($r=.54$), de ($r=.54$) entre la confusion et l'aliénation/dépression et de ($r=.54$) entre les relations interpersonnelles et les relations avec les enfants. D'autre part, chacun des facteurs a une certaine autonomie et présente en majorité une variance commune entre eux inférieure à 20%. De plus,

les intercorrélations révèlent la validité de certaines dimensions factorielles.

La fidélité des items et des facteurs, prédéterminée en 1975, se maintiendrait pour la nouvelle échelle. En général, les fidélités test-retest des facteurs se situaient entre .80 et .98 avec une médiane de .91. Comparativement à la consistance interne antérieure (coefficient Alpha de .73 à .94), celle du PARS actuel, effectués avec une population de 395 cas, se situerait de .83 à .92, avec une médiane de .86 (Ellsworth, 1979).

La validité des échelles du PARS a été évaluée de plusieurs manières. Les recherches s'effectuaient à partir des évaluations du PARS et des auto-évaluations des patients. Les résultats ont démontré des corrélations élevées entre les évaluations des facteurs du PARS par les membres significatifs et les auto-évaluations par les patients hospitalisés à l'aide d'échelles auto-évaluatives telle que le PAL.

En outre, la validité de l'échelle du PARS a pu être confirmée par la sensibilité de celle-ci au changement réel des personnes recevant des services de santé mentale. Tel que mentionné, par Ellsworth en 1979, d'autres études ont démontré un changement significatif dans les zones d'adaptation psychologique (anxiété, dépression, confusion) alors que la performance instrumentale (activité de la maison, emploi) ne présentait pas un changement aussi grand.

Une étude antérieure des échelles du PARS V confirme, à partir des valeurs de T-Test, que les différences entre les pré et post-traitement (après 3 mois) étaient plus grandes dans les zones symptomatiques et celles de l'adaptation personnelle. De plus, certaines différences de scores du PARS sont observées dans l'adaptation des hommes et des femmes. En outre, les personnes

hospitalisées présenteraient des symptômes plus sévères que les clients des cliniques, tels qu'une plus haute fréquence de diagnostic de psychose et de plus hauts scores de Dépression-Agitation, d'Anxiété, et de Confusion. L'Abus d'Alcool-Drogue serait plus caractéristique des hommes admis à l'hôpital. En général, les sous-échelles sont relativement indépendantes et évalueraient les différentes composantes de l'adaptation et des habiletés. Le *Personal Adjustment and Role Skills* (PARS) s'avère donc un instrument fidèle et valide.

3- Mesure de l'adaptation par le patient

Le troisième questionnaire est une version québécoise du *Profile of Adaptation to Life Clinical Scale* (PAL-C) de R.B. Ellsworth (1979). La traduction a été effectuée par les services d'un traducteur diplômé et vérifiée par deux lecteurs indépendants. Ce test mesure sept dimensions de l'adaptation psychologique, du fonctionnement, et de la santé physique. Une particularité de cette échelle est l'évaluation de l'adaptation positive aussi bien que celle du déséquilibre. Le PAL-C est une forme courte (41 items) utilisée pour l'évaluation de l'adaptation pré et post-traitement (après 3 mois) des adultes recevant des services thérapeutiques. Cette échelle est dérivée de la forme de recherche du PAL Scale (PAL-R) qui se composait de 154 items. Les recherches, de 1975 à 1978, concernant le PAL-R ont été effectuées avec une population de 1,738 personnes impliquées dans une diversité d'activités et de styles de vie, dont 678 étaient des clients recevant des services cliniques de santé mentale. Des évaluations additionnelles ont été obtenues de patients admis dans un hôpital psychiatrique. Une série d'analyses factorielles ont permis d'identifier les dimensions de l'adaptation communes à tous les groupes. De ces analyses, sept facteurs d'adaptation et de fonctionnement communs à tous les groupes ont donné la Forme Clinique de l'échelle du PAL (PAL-C). Ces facteurs sont: Emotions négatives (E.N.); Bien-être psychologique

(B.-E.P.); Gérance du revenu (G.R.); Symptômes physiques (S.P.); Abus d'alcool/drogue (A.A./D.); Relations interpersonnelles (R.I.) et Relations interpersonnelles avec les enfants (R.I.E.).

En ce qui a trait à la fidélité et la validité des échelles du PAL, peu d'études indépendantes ont été effectuées. Les 154 items sélectionnés de la forme du PAL-R présentaient une fidélité test-retest de .80 et plus. Des analyses factorielles menées séparément entre divers sous-groupes ont permis d'identifier sept facteurs d'adaptation communs à tous les groupes. Celles-ci ont constitué la forme actuelle du PAL-C.

Le calcul des coefficients de consistance interne (Alpha) rapportait des résultats satisfaisants. En effet, trois des échelles cliniques (E.N.; R.I.; R.I.E.) se situaient entre .90 et .92. Les quatre autres échelles présentaient des résultats adéquats d'au moins .80.

La validité des sous-échelles du PAL-C a été effectuée à partir de trois critères:

A- La capacité des sept sous-échelles à percevoir les différences d'adaptation entre les groupes:

Les analyses de variance unifactorielle pour chaque échelle à travers six groupes de sujets se sont toutes révélées statistiquement significatives ($p < .001$) au niveau des sous-échelles des Emotions négatives, du Bien-être psychologique et des Symptômes physiques. La comparaison des moyennes des groupes démontre que le groupe clinique était le moins bien adapté dans cinq des sept zones (E.N., B.-E.P., S.P., G.R., R.I.).

B- La capacité de sensibilité de l'échelle aux changements dans le temps:

Les analyses statistiques ont démontré une amélioration

significative ($p < .01$) après trois mois d'intervention pour deux groupes (clinique et méditation transcendantale).

C- Des études corrélationnelles entre le PAL-C et le Personal Adjustment and Role Skills Scale (PARS):

Ces évaluations pré-traitement, effectuées à partir de 145 clients cliniques et de leur membre-clé respectif, offrent un élément de preuve substantiel en terme de validité. Certains résultats du PAL-C montrent un accord consistant avec ceux du PARS (.48 à .77) pour les zones d'Abus d'alcool/drogue, de Relations interpersonnelles et de Relations avec les enfants. Les autres zones de l'adaptation démontrent un accord de faible à modéré (.27 à .47).

D'autres études corrélatives entre les échelles du *Personal Adjustment Life* (PAL) et du PARS par le membre-clé offrent une preuve non-négligeable pour la validité de l'échelle du PARS. En dépit d'une différence entre les évaluations des hommes et des femmes, une très forte concordance est observée pour les facteurs d'Abus d'Alcool-Drogue et de Relations Proches et de Relations avec les Enfants ($r =$ de .48 à .77). Les évaluations des états intérieurs, par les membres-clé et les patients, présentent un accord de faible à modéré. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que la perspective du patient serait la plus appropriée en ce qui concerne les zones de sentiments de détresse. Bien que les zones d'Abus d'Alcool-Drogue et des Relations Interpersonnelles sont plus faciles à observer, les évaluations des expériences intérieures, représentant une perspective quelque peu différente, seraient aussi pertinentes.

Malgré certaines limites, le PAL-C se révèle être un instrument d'utilisation clinique intéressant. Les sous-échelles fournissent un assez bon aperçu du niveau d'adaptation du patient à partir de son fonctionnement émotif, relationnel et coopératif.

Concept d'amélioration

Dans le but d'introduire une dimension longitudinale à cette recherche et dans l'intérêt de vérifier si le niveau de l'amélioration de l'adaptation peut être relié au climat de l'environnement familial, un concept d'amélioration a été introduit dans l'analyse des résultats.

Ce concept se base sur les variations entre les deux passations du *Profile of Adaptation to Life Clinical Scale* (PAL-C) du patient et celles du *Personal Adjustment and Role Skills* (PARS) du membre-clé. L'étude de ces différences a été calculée à partir des scores globaux de chacune des sept sous-échelles du PAL-C et des scores globaux de chacune des huit sous-échelles du PARS. Par la suite, ces résultats dérivés ont respectivement été mis en relation avec les résultats obtenus lors de la deuxième passation du FES (celle du patient et celle du membre-clé).

Déroulement

L'expérimentation s'est déroulée en deux phases. Dans la première, tous les sujets, aussi bien le patient que le membre-familial respectif, ont été rencontrés séparément par l'expérimentateur. Le sujet-patient a été rencontré en présence d'un témoin du personnel infirmier du département de psychiatrie du CHRM. Au cours de cette rencontre, l'expérimentateur a donné une brève explication du but de la recherche, de ce que leur participation à cette étude exigeait d'eux ainsi que l'assurance de la confidentialité des informations recueillies à l'aide des questionnaires.

Avant de répondre aux questionnaires, tous les sujets-patients devaient prendre connaissance d'une formule de consentement (voir Appendice A) et y apposer leur signature. Cette

formule comprenait de brèves explications sur la recherche, la nécessité de deux rencontres, la participation d'un membre-familial désigné comme significatif par le sujet-patient et la permission de contacter ce membre, ainsi qu'un point spécifique concernant la permission, pour le chercheur, de donner un bref résultat sommaire des questionnaires au médecin traitant à la demande de ce dernier. Par la suite, en présence de l'expérimentateur seul, tous les sujets ont répondu aux trois questionnaires dans l'ordre suivant: Renseignements généraux (voir Appendice B), FES, PAL-C (voir Appendice C).

Le membre-familial était contacté par téléphone, par l'expérimentateur, pour solliciter sa participation. La rencontre avait lieu au domicile de celui-ci, le plus tôt possible après la rencontre du sujet-patient. Les mêmes procédures ont été suivies, mais sans la présence de témoin. Le membre-familial a signé une formule de consentement (voir Appendice A) et a répondu à trois questionnaires dans l'ordre suivant: Renseignements généraux (voir Appendice B), FES, PARS (voir Appendice C). La présence de l'expérimentateur était nécessaire pour répondre aux interrogations suscitées par les questionnaires.

La deuxième phase de l'expérimentation prenait place deux mois après le congé hospitalier du sujet-patient. L'expérimentateur prenait contact avec le couple-sujet afin de fixer le rendez-vous à leur domicile. Lors de la rencontre, une brève explication était donnée, à nouveau, aux sujets. Ceux-ci se plaçaient dans des pièces différentes afin de conserver la confidentialité des réponses et l'intimité de la personne. L'expérimentateur se déplaçait, si nécessaire, pour répondre aux interrogations des sujets. Pour cette deuxième passation, les sujets devaient répondre, respectivement, à deux questionnaires: FES, PAC-L; FES, PARS.

Résultats

L'analyse statistique

Ce chapitre se divise en deux parties. La première porte sur les analyses reliées aux hypothèses de recherche, et la seconde présente, dans une optique exploratoire, des analyses complémentaires jugées pertinentes par rapport à cette recherche.

Les analyses reliées aux hypothèses de travail mettent en relation les sous-échelles du *Family Environment Scale* (FES) et celles du *Profile of Adaptation to Life Clinical Scale* (PAL-C) du patient. Elles mettent également en relation les sous-échelles du *Family Environment Scale* (FES) et celles du *Personal Adjustment and Role Skills* (PARS) du membre-clef.

Les analyses complémentaires permettent d'explorer les variations du *Family Environment Scale* (FES) entre les deux passations, et ce tant chez le patient que chez le membre-clé. Des analyses portent également sur le concept d'amélioration résultant des variations reliées au *Profile of Adaptation to Life Clinical Scale* (PAL-C) du patient et au *Personal Adjustment and Role Skills* (PARS) du membre-clef.

La présentation des résultats

1- Analyses portant sur les hypothèses de travail

Conformément au premier chapitre où il est rapporté que les facteurs de cohésion, d'expression, de conflit, d'indépendance, d'organisation et de contrôle s'avèrent être les plus significatifs dans le niveau du fonctionnement familial et afin de vérifier la première hypothèse de la présente recherche, soit la relation entre ces variables et celles l'adaptation du patient telle que perçue par

le patient lui-même et par le membre-clef, nous avons procédé à des corrélations simples (r de Pearson).

Dans un premier temps et à partir des données recueillies deux mois après la sortie de l'hôpital et suite à une période de vie commune de la famille, des corrélations sont effectuées entre six sous-échelles du *Family Environment Scale* (Échelles 1, 2, 3, 4, 9, et 10 du FES du patient) et toutes les échelles du PAL-C. Nous avons ainsi obtenu des corrélations positives entre l'échelle #1 (cohésion) du FES (patient) et l'échelle #6 (relations interpersonnelles) du PAL-C, $r(15)=.5743$, $p<.05$; entre l'échelle#1 (cohésion) du FES (patient) et l'échelle #2 (bien-être psychologique) du PAL-C, $r(16)=.5334$, $p<.05$; entre l'échelle#4 (indépendance) du FES (patient) et l'échelle #2 (bien-être psychologique) du PAL-C, $r(16)=.5527$, $p<.05$; entre l'échelle#4 (indépendance) du FES (patient) et l'échelle #6 (relations interpersonnelles) du PAL-C, $r(15)=.6674$, $p<.01$; entre l'échelle#9 (organisation) du FES (patient) et l'échelle #1 (émotions négatives) du PAL-C, $r(16)=.6039$, $p<.05$. Toutes les autres corrélations entre les échelles #1, 2, 3, 4, 9, et 10 du FES et les échelles du PAL-C et du PARS sont non-significatives au seuil de probabilité de 5%. Le tableau 1 (p. 54) illustre les résultats d'analyses statistiques des corrélations entre les six sous-échelles (préalablement choisies) du *Family Environment Scale* et toutes les échelles du PAL-C.

Dans un deuxième temps et à partir des données de la deuxième passation, des corrélations sont effectuées entre les six dimensions du *Family Environment Scale* (Échelles 1, 2, 3, 4, 9, et 10 du FES du membre-clé) et toutes les échelles du PARS. Nous avons ainsi obtenu des corrélations positives entre l'échelle #1 (cohésion) du FES (membre-clé) et l'échelle #2 (dépression/alienation) du PARS $r(16)=.5993$, $p<.05$; entre l'échelle #1 (cohésion) du FES (membre-clé) et l'échelle #4 (confusion) du PARS $r(16)=.5057$, $p<.05$; entre l'échelle #1 (cohésion) du FES

(membre-clé) et l'échelle #6 (activités domestiques) du PARS $r(16)=.5520$, $p<.05$; entre l'échelle #4 (indépendance) du FES (membre-clé) et l'échelle #5 (abus d'alcool/drogue) du PARS $r(16)=.6225$, $p<.01$; entre l'échelle #3 (conflit) du FES (membre-clé) et l'échelle #8 (travail) du PARS $r(9)=.6628$, $p<.05$. Toutes les autres corrélations entre les échelles #1, 2, 3, 4, 9, et 10 du FES et les échelles du PARS sont non-significatives au seuil de probabilité de 5%. Le tableau 2 (p. 55) présente les résultats des analyses statistiques des corrélations entre les six sous-échelles sélectionnées (auparavant) du *Family Environment Scale* et toutes les échelles du PARS.

Conformément à notre deuxième hypothèse, nous avons mis en relation les autres échelles du *Family Environment Scale* (FES) et toutes celles du *Profile of Adaptation to Life Clinical Scale* (PAL-C du patient) et du *Personal Adjustment and Role Skills* (PARS du membre-clé) et ce, à partir des données de la deuxième passation. Nous avons ainsi trouvé des corrélations positives entre l'échelle #5 (accomplissement) du FES (patient) et l'échelle #3 (gérance de revenus) du PAL-C, $r(16)=.5444$, $p<.05$; entre l'échelle #7 (activités sociales et récréatives) du FES (patient) et l'échelle #3 (gérance de revenus) du PAL-C, $r(16)=.6311$, $p<.01$; et une corrélation négative entre l'échelle #6 (intérêt intellectuel et culturel) du FES (membre-clé) et l'échelle #6 (activités domestiques) du PARS, $r(16)=-.4999$, $p<.05$.

Enfin, selon notre dernière hypothèse, et dans le but d'introduire une dimension longitudinale à cette recherche, nous avons développé le score d'amélioration, basé sur la différence des scores obtenus entre la première et la deuxième passation du PAL-C, puis du PARS. Nous avons mis en relation ces scores dérivés avec les scores obtenus au FES de la deuxième passation (du patient ou du membre-clé, selon le cas). Nous n'avons obtenu aucune corrélation significative au seuil de 5% entre les scores dérivés

d'amélioration au PARS et les échelles du FES du membre-clé (deuxième passation), ni entre les scores dérivés d'amélioration au PAL-C et les échelles du FES du patient (deuxième passation).

2-Analyses complémentaires

Dans une optique exploratoire et pour évaluer la validité des mesures de l'adaptation en utilisant les scores dérivés d'amélioration, nous avons pu diviser le groupe des patients en 2, selon la médiane de ces scores, de manière à distinguer ceux dont l'amélioration fut plus grande de ceux dont l'amélioration fut moindre, voire nulle. Et puisque le PAL-C et le PARS présentent deux perceptions différentes d'une même personne (celle du patient envers lui-même et celle du membre-clé envers le patient), nous avons cru utile de faire un test de Khi2 afin de comparer la répartition des patients qui avaient évolué ou régressé selon leur propre perception et selon celle d'une autre personne. Selon les résultats obtenus, il n'existe pas de raison de croire que les deux répartitions soient non concordantes, $\chi^2 (05, 1)=2.57143$, n.s.

De même pour évaluer la fidélité de l'instrument du FES, nous avons voulu voir s'il existait une différence entre les scores obtenus à la première passation et à la deuxième passation de chacune des échelles du FES. À l'aide de tests-T (paireés), nous n'avons trouvé aucune différence significative entre la première et la deuxième passation de toutes les échelles du FES. Les tableaux 3 et 4 illustrent (p. 56-57) successivement les résultats d'analyses statistiques de différence entre la première et la deuxième passation des six sous-échelles choisies (au préalable) du FES du patient ainsi que ceux de la première et la deuxième passation des six mêmes sous-échelles du FES du membre-clé.

Tableau 1
Corrélations entre les 6 échelles choisies du FES du
patient (deuxième passation) et les échelles du PAL-C

	FES éch. 1	FES éch. 2	FES éch.3	FES éch.4	FES éch.9	FES éch. 10
PALC échelle 1	.42	.28	-.06	.38	.60*	-.38
PALC échelle 2	.53*	.17	-.25	.55*	.46	-.37
PALC échelle 3	.00	.45	.13	.15	.49	.28
PALC échelle 4	.24	.25	-.04	.30	.42	-.29
PALC échelle 5	-.14	.17	.48	-.08	.16	.32
PALC échelle 6	.57*	.35	-.45	.67**	.42	-.44
PALC échelle 7	.53	.52	-.27	.51	.34	-.40

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tableau 2
Corrélations entre les 6 échelles choisies du FES du
membre-clé (deuxième passation) et les échelles du PARS

	FES éch. 1	FES éch. 2	FES éch.3	FES éch.4	FES éch.9	FES éch. 10
PARS échelle 1	.49	.35	.20	.01	-.05	-.35
PARS échelle 2	.60*	.19	-.16	.17	.11	-.31
PARS échelle 3	.45	-.09	.46	.23	.14	-.20
PARS échelle 4	.51*	-.05	-.44	.35	.33	-.19
PARS échelle 5	.26	.18	-.08	.62**	.09	-.39
PARS échelle 6	.55*	-.12	.09	-.15	.22	.08
PARS échelle 7	.37	.41	.07	.52	.08	-.37
PARS échelle 8	.10	-.09	.66*	.23	.01	.29

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tableau 3
Résultats des tests de différence entre la première et la
deuxième passation du FES du patient

Echelle	Moyenne Passation 1	Moyenne Passation 2	<i>t</i>	<i>df</i>	sig.
1	60.50	63.68	1.20	15	.248 n.s.
2	48.87	53.06	1.43	15	.175 n.s.
3	45.62	43.44	0.95	15	.358 n.s.
4	49.62	48.56	0.26	15	.802 n.s.
9	56.31	56.44	0.05	15	.961 n.s.
10	44.12	43.75	0.12	15	.908 n.s.

n.s. = non significatif

Tableau 4
Résultats des tests de différence entre la première et la
deuxième passation du FES du membre-clé

Echelle	Moyenne Passation 1	Moyenne Passation 2	<i>t</i>	<i>df</i>	sig.
1	59.94	59.44	0.27	15	.794 n.s.
2	52.56	53.25	0.19	15	.850 n.s.
3	44.62	40.87	1.36	15	.193 n.s.
4	48.56	49.62	0.27	15	.791 n.s.
9	58.75	57.44	0.84	15	.415 n.s.
10	46.62	46.06	0.27	15	.788 n.s.

n.s. = non significatif

Discussion

La discussion des résultats comprend quatre parties. La première se consacre à l'étude des résultats significatifs et non-significatifs obtenus pour les dimensions de l'environnement familial en relation avec celles de l'adaptation, à partir de la perception du patient. En second lieu, la discussion porte sur les corrélations positives, négatives ou nulles entre les dimensions de l'environnement familial et celles de l'adaptation telles que décrites par le membre-clé. La troisième partie traite des résultats obtenus à partir de la relation entre les scores d'amélioration de l'adaptation et ceux obtenus au FES (du patient ou du membre-clé selon le cas). Finalement, la dernière partie présente successivement la comparaison du niveau d'amélioration de l'adaptation du patient à partir de la perception de ce dernier et de celle du membre-clé, et la différence entre les scores obtenus à la première passation et à la deuxième passation de chacune des sous-échelles du FES respectivement perçues par le patient et par le membre-clé.

Relations entre les dimensions du FES et PAL-C

Les relations significatives entre les variables du climat familial (perçues par le patient) et celles de l'adaptation (décrites par le patient) sont les suivantes: cohésion/bien-être psychologique; cohésion/relations interpersonnelles; indépendance/bien-être psychologique; indépendance/relations interpersonnelles; organisation/émotions négatives; accomplissement/gérance de revenus; activités sociales et récréatives/gérance de revenus.

La présence de relations significatives entre la cohésion familiale et des facteurs d'adaptation personnelle tend à confirmer que l'individu a besoin d'expérimenter une sécurité émotionnelle lors de son retour en société.

La corrélation positive entre la variable de cohésion et celle du bien-être psychologique ($r=.53$, $p<.05$) confirme, entre autres, les études de Mitchell (1982), Spiegel et Wissler (1986) et Olson (1986) qui établissent que la présence de cohésion familiale, traduite par des liens affectueux et positifs entre le patient et les membres de la famille, s'avère un facteur déterminant pour assurer le bien-être psychologique nécessaire à sa réadaptation lors de son retour dans le milieu familial.

La possibilité, pour l'individu perturbé émotionnellement, d'expérimenter une forte implication affective est essentielle à sa réadaptation et doit s'appuyer sur un niveau adéquat de cohésion intra-familiale. Le sentiment d'être accepté comme individu à part entière avec ses limites et ses forces, d'appartenir au groupe familial, d'être soutenu dans ses difficultés ainsi que d'être validé dans ses tentatives de construction d'identité personnelle permet à l'individu de vivre un bien-être psychologique exempt d'inquiétude et de stress (Turner, 1981). Cette liberté intérieure prédispose émotionnellement et fonctionnellement la personne à mieux gérer ses stratégies adaptatives et ainsi satisfaire aux demandes sociales et environnementales tout en composant avec ses propres besoins internes.

La présence de relation significative entre la variable de cohésion et celle des relations interpersonnelles ($r=.57$, $p<.05$) démontre que l'implication familiale supportante et tolérante favorise un climat interactionnel positif dans lequel le patient peut se sentir confiant et heureux d'entrer en contact avec les autres membres familiaux, d'où la possibilité de diminuer l'isolement

émotif. Le proche peut se sentir plus libre d'assumer sa différence, de communiquer son expérience émotive et de demander l'appui s'il survient certaines difficultés. Cette ouverture relationnelle acceptante est à même de favoriser l'autodétermination, c'est-à-dire la reconnaissance du droit et de la capacité à prendre des décisions. Cette possibilité permet également de retrouver et de consolider l'estime de soi nécessaire à la réadaptation.

La présence significative de relation entre la variable de l'indépendance et celles du bien-être psychologique ($r=.55$, $p<.05$) et des relations interpersonnelles ($r=.67$, $p<.01$) permet de confirmer, à l'instar de Mitchell (1982), que le maintien du patient dans la société est aussi fonction du niveau d'encouragement à l'indépendance dont l'individu bénéficie dans son groupe familial.

La difficulté du système familial à respecter le besoin de liberté d'action et d'opinion personnelle peut entraver la capacité d'autonomie du patient et ainsi diminuer la confiance en soi. En outre, le patient peut ressentir un manque d'intimité, ce qui peut lui faire vivre un étouffement et un envahissement nuisible, en particulier si on l'empêche d'avoir un endroit où il peut se retrouver avec lui-même par moments. Le besoin fusionnel de certaines familles s'avère intrusif et aliénant pour les droits à la solitude.

Le consentement à l'indépendance conjuguée au soutien familial est à même de favoriser, elle aussi, la confiance en sa propre valeur et ainsi stimuler l'ouverture de l'individu à une meilleure qualité d'implication interactive intra-familiale et extra-famille. La qualité et l'intensité de ces relations interpersonnelles permettent à l'individu d'élaborer et de confirmer ses compétences ainsi que de reprendre son rôle ou d'en expérimenter de nouveaux. En outre, la possibilité de s'impliquer personnellement fournit à l'individu l'occasion de se sentir

davantage utile ou nécessaire à son environnement immédiat, et ainsi diminuer le risque de rechute.

Selon les résultats de la présente étude, une relation significative s'observe entre la dimension de l'organisation et celle des émotions négatives ($r=.60$, $p<.05$). Il est à noter qu'un faible niveau d'émotions négatives reflète un indice de bonne adaptation. A l'instar de l'étude de Billings et Moos (1982), ces résultats révèlent que le facteur organisationnel, en tant que composante de la maintenance du système familial, s'avère important pour l'équilibre du patient.

La prévisibilité et la clarté de la planification et de la structuration intra-familiale permettent à l'individu une sécurité et une tranquillité émotionnelle. Cette qualité organisationnelle évite au patient soit de vivre l'inquiétude et le stress inhérents à l'indécision et à la confusion, soit de ressentir à nouveau la rigidité annihilante de toute tentative de changement adaptatif. En outre, l'individu a la possibilité de réintégrer ses capacités en se sentant utile et valorisé. L'évitement de l'inertie organisationnelle empêche la personne de sombrer à nouveau dans un état psychique teinté de mélancolie, d'impuissance, d'inutilité, de rumination et d'inquiétude destructrice. La relation significative entre la variable de l'organisation du FES et celle du PAL-C appuie la pensée de Mélito (1985) qui stipule qu'on ne peut dissocier l'organisation du système familial et la réadaptation du patient.

Les résultats obtenus démontrent qu'il existe des relations positives entre la gérance de revenu et l'accomplissement ($r=.54$, $p<.05$) ou les activités sociales et récréatives ($r=.63$, $p<.01$). Bien que l'accomplissement et l'accès aux activités sociales et récréatives puissent aussi être en lien avec le niveau de cohésion et celui de l'indépendance présents dans le système familial, la dimension financière semble prendre une place prépondérante dans

le cours de la société actuelle. Les familles et les individus sont en effet confrontés à une conjoncture économique qui exige des ressources financières suffisantes pour répondre à leurs besoins développementaux. Bien que peu d'études portent sur la dimension financière de la personne en lien avec ces facteurs de la croissance personnelle, nous pouvons cependant penser que l'aisance financière favorise un meilleur niveau d'accomplissement personnel et facilite la participation à un plus grand nombre d'activités sociales et récréatives. En outre, étant donné l'idéologie véhiculée dans la société actuelle sur la réussite sociale, le patient peut avoir tendance à associer réalisation personnelle et réussite financière.

L'absence de relation significative entre les variables d'expression, de conflit et de contrôle et celles de l'adaptation décrites par le patient (PAL-C) infirme les résultats de différentes études antérieures (Ackerman, 1958; Billings & Moos, 1982; Brown et al., 1972; Spiegel & Wissler, 1983, 1986; Steinhauer, et al., 1984; etc...). En effet, les résultats de ces dernières ont à plus d'une reprise mis en évidence la relation existant entre la rechute du patient psychiatrique et le niveau d'expression émotionnelle, de conflit ainsi que celui de contrôle présent dans la famille.

Cette absence peut être attribuable au biais de la désirabilité sociale auquel le patient risque d'être soumis. En outre, la tendance du patient à minimiser ou à nier la présence d'expression d'émotions négatives et de conflits peut être reliée au niveau de cohésion familiale et au besoin de loyauté envers le groupe familial dont il est dépendant. En effet, plus l'individu est confronté à une forte implication affective avec ses proches, plus celui-ci risque d'être emprisonné dans l'idéologie familiale en termes de règles, de mythes et de tabous. La pseudo-mutualité, telle que décrite par Wynne, Rychoff, Day et Hirsch (cité dans Lalonde et Grunberg, 1988), reflète bien le conflit intérieur provenant de l'attraction mutuelle à laquelle peut être soumis chaque membre de la famille

au point que chacun pense devoir être loyal à la façon de penser et d'agir de la famille et ce, au dépend de son individualité.

Relations entre les dimensions du FES et PARS

Les relations positives entre les variables du climat familial (perçues par le membre-clé) et l'adaptation (décrite par le membre-clé) sont les suivantes: cohésion/dépression-aliénation; cohésion/confusion; cohésion/activités domestiques; conflit/emploi; indépendance/abus d'alcool-drogue, ainsi que la relation négative de l'intérêt intellectuel et culturel/activités domestiques.

Les données recueillies auprès des membres-clé de cette étude confirment l'importance que prend la dimension de cohésion par rapport à l'adaptation post-psychiatrique. Il appert également que la présence de cette cohésion familiale est en lien avec la santé mentale de chaque membre de la famille. Sa relation significative avec les zones psychiques et émotives de l'individu telles l'aliénation/dépression ($r=.60$, $p<.05$) et la confusion ($r=.51$, $p<.05$) appuient la nécessité pour la personne d'expérimenter un climat familial où il lui est loisible de ressentir un niveau adéquat d'implication affective et de sécurité émotionnelle. Le besoin fondamental d'acceptation, de support et d'appartenance à un groupe s'avère essentiel pour le potentiel adaptatif de celui qui doit faire face à des situations de changement ou de crise. L'assurance d'être accepté dans sa différence et de pouvoir compter sur la compréhension et l'appui de ses proches est à même de favoriser une sécurité émotionnelle suffisante pour surmonter les difficultés situationnelles. Cette garantie favorise également l'acquisition d'une identité propre exempte plus ou moins clairement de représailles, de discriminations, voire de rejet de la part des autres membres du groupe familial. A défaut de cette cohésion

rassurante, il y a risque pour l'individu de vivre la confusion et l'aliénation de son unicité et de son intégrité psychique.

La relation significative entre la cohésion et les activités domestiques ($r=.55$, $p<.05$) laisse apparaître que le sentiment personnel d'être accepté favorise à la fois le désir et l'intérêt de s'impliquer dans le groupe et de contribuer au déroulement de la vie quotidienne à la maison. L'implication dans les activités domestiques peut s'avérer pour l'individu un moyen de signifier aux autres membres de la famille son affection et son support. Sa contribution lui assure consciemment ou inconsciemment une reconnaissance de la part des pairs familiaux et une valorisation de ses compétences.

La présence d'une corrélation positive entre la variable conflit de la dimension des relations familiales et celle de l'emploi ($r=.66$, $p<.05$) se révèle surprenante. Compte tenu du nombre restreint de sujets (9) sur lequel s'appuie cette corrélation, il semble risqué d'interpréter ce résultat. Cependant, la présence de travail conjoint dans huit des neuf couples patient/membre-clé peut permettre de penser que cette corrélation positive puisse être en lien avec une forme d'affirmation de soi. En effet, cette relation pourrait être vue comme l'expression camouflée de l'insatisfaction, de la difficulté de l'un ou des deux membres à accepter ce niveau d'affirmation de soi par le travail. Une étude effectuée à partir d'un plus grand nombre de sujets contribuerait à vérifier et à comprendre davantage cette relation.

L'observation d'un lien significatif entre la variable de l'indépendance et celle de l'abus d'alcool/drogue ($r=.62$, $p<.01$) peut refléter le sentiment de la personne d'être en contrôle de soi-même et de sa vie. En effet, c'est dans la mesure où chacun des membres est encouragé à se suffire à lui-même, à prendre ses décisions et à utiliser son potentiel que l'individu est à même de valoriser son

image de soi, de renforcer son estime de soi et ainsi réussir son adaptation. Face aux stress, le recours à l'alcool et/ou aux médicaments s'avère d'autant moins nécessaire étant donné que l'individu expérimente un niveau suffisant d'implication affective dans son milieu familial. Il est ainsi exempt de ressentir trop de solitude émotive et d'isolation sociale. Comme le soutient Mitchell (1982) l'individu qui ressent peu le lien affectif, le soutien et l'acceptation de son groupe familial a plus de chance de vivre une insécurité émotionnelle, une détresse psychique et un isolement affectif, d'où la recherche possible de soulagement et d'oubli dans l'alcool et/ou les drogues.

La corrélation négative entre l'intérêt culturel/intellectuel et les activités domestiques ($r = -.50$, $p < .05$) semble aller de soi. Bien que peu ou pas d'études aient été menées dans ce sens, il serait naturel de penser que l'individu dont l'intérêt pour les activités d'ordre culturel et intellectuel est stimulé et partagé par son système familial, soit enclin à prioriser ce mode de valorisation et d'accomplissement personnel. L'accomplissement des activités domestiques, bien qu'elles puissent être effectuées avec plus ou moins d'empressement, deviennent secondaires pour l'individu. Par ailleurs, pour l'individu dont le système familial est plutôt orienté vers les activités manuelles, l'accomplissement de travaux domestiques peut davantage s'avérer source de satisfaction personnelle et de valorisation. Il serait pertinent d'ajouter que cette relation négative peut être imputable à divers facteurs tels entre autres l'influence de la famille d'origine, le sexe, les habitudes, etc...

L'absence de relation significative entre les variables d'expression, d'organisation et de contrôle perçues par le membre-clé suggère qu'il est pertinent d'être prudent quant au contenu des sous-échelles de l'expression, d'organisation et de contrôle. En effet, la reconnaissance de l'expression d'émotions négatives, de la

présence de règles et règlements et d'un déficit organisationnel dans la famille peut s'avérer difficile à dévoiler pour les membres, compte tenu de l'image indésirable qu'elle peut présenter. En effet, les interdits et les valeurs socialement véhiculés de nos jours par rapport aux attentes et à toute forme de répression directe ou indirecte peuvent inciter les membres à censurer certaines fonctions familiales déficientes. De plus, la responsabilité de la famille envers la perturbation du proche ayant déjà été fortement dénoncée, il peut s'avérer trop confrontant pour celle-ci d'admettre un déficit communicationnel et de contrôle. Cette absence de relation appuierait les théoriciens systémiques qui perçoivent à travers le rôle du patient l'expression des sentiments désavoués ou réprimés des autres membres familiaux (Ausloos, 1980; Bateson, 1983; Steinhauer et al., 1984; etc...).

Par ailleurs, il est important de préciser que l'existence des corrélations (entre le FES et le PAL-C et entre le FES et le PARS) décrites précédemment ne doit pas masquer le fait que ces liens ne sont pas linéaires mais circulaires. On doit considérer l'impact de la famille sur l'adulte en traitement sans pour autant négliger l'impact de ce dernier sur ses proches et sur la dynamique relationnelle.

Score d'amélioration et PAL-C/PARS

Les corrélations non-significatives (au seuil de 5%) entre les scores dérivés d'amélioration du PAL-C et du PARS avec les scores obtenus au FES de la deuxième passation (du patient ou du membre-clé) peuvent révéler que le niveau d'amélioration du patient serait imputable à d'autres variables que celles des dimensions du climat familial. L'une de celles-ci peut être le court laps de temps entre la première et deuxième passation. Une étude à plus long terme et incluant plus de deux passations contribuerait à apporter des informations complémentaires au sujet de ces variables. La

dimension de la désirabilité sociale peut également interférer dans ces résultats non-significatifs.

Validité du PAL-C et PARS

La comparaison du niveau d'amélioration d'adaptation par le patient lui-même (PAL-C) à celui par le membre-clé (PARS) et ce, à partir des scores dérivés d'amélioration, fournit une contribution aux études de validité de construit des tests utilisés dans cette recherche. Les résultats obtenus permettent de penser que l'utilisation de ces mesures, malgré le fait qu'elles présentent une perception d'adaptation originant de deux personnes différentes, offrent une complémentarité assez juste et complète du niveau de l'adaptation du patient.

Les résultats obtenus ($X^2 [05,1]=2,57143$, n.s.) permettent de croire que les perceptions de l'amélioration de l'adaptation (celle du patient envers lui-même et celle du membre-clé envers le patient) ne diffèrent pas significativement entre elles.

Stabilité du FES

Les résultats obtenus lors du calcul de la différence entre les scores obtenus à la première passation et à la deuxième passation de chacune des sous-échelles du FES (du patient ou du membre-clé) s'apparentent à l'étude de construit du FES par Moos & Moos (1981) en ce qui a trait à la stabilité de l'instrument à travers le temps. Les moyennes apparaissent similaires d'une passation à l'autre.

Malgré les réticences des chercheurs Roosa & Beals (1990) qui mettent en garde les futurs utilisateurs du FES en ce qui a trait à sa fidélité à travers les échantillons et à son applicabilité à une population spécifique, les résultats de la présente étude permettent

de juger de la stabilité de l'instrument dans le temps et rejoignent les résultats obtenus par Moos & Moos (1981).

Conclusion

Cette étude visait à examiner la relation existant entre la réadaptation post-psychiatrique du patient et la qualité du climat familial dans lequel l'individu retournait suite à son séjour en milieu psychiatrique.

La mesure du climat familial (*Family Environment Scale*) de Moos et Moos (1974), la mesure de l'adaptation par le membre-clé (*Personal Adjustment and Role Skills*) de Ellsworth (1979) et la mesure de l'adaptation par le patient (*Profile of Adaptation to Life Clinical Scale*) de Ellsworth (1979) ont servi d'instruments de mesure. Trente-deux (32) sujets répartis en deux groupe (16 patients, 16 membres-clé) ont permis de réaliser cette recherche. Les résultats obtenus à la fois par la mise en relation du FES et du PAL-C et celle du FES et du PARS permettent de faire ressortir quelques caractéristiques associées à la réadaptation post-psychiatrique.

L'analyse des résultats a démontré que les variables de cohésion et d'indépendance sont significativement associées à l'adaptation et ce, qu'on utilise la perception du patient ou celle du membre-clé. La nécessité de retrouver un lien affectif, un soutien et une liberté décisionnelle se révèle importante pour l'équilibre émotif de chacun des membres de la famille et surtout dans les situations de crise ou de changement telle l'hospitalisation en milieu psychiatrique. La possibilité d'expérimenter et d'augmenter le contrôle de soi et de sa vie ainsi que l'implication interrelationnelle permet à l'individu d'affronter avec confiance les stress environnementaux.

Il appert également que, pour le patient, les contacts interpersonnels sont facilités par la compréhension familiale et

l'acceptation de la différence. Ces résultats rejoignent les nombreuses études menées ces dernières décennies, lesquelles révèlent l'influence déterminante que prend la présence de cohésion et du droit à l'indépendance en relation avec la réussite ou l'échec de l'adaptation post-psychiatrique d'un patient.

Cependant, la reconnaissance unilatérale des facteurs de conflit et d'organisation suggère que la perception du patient diffère de celle du membre-clé. Le patient semble avoir un plus grand besoin de vivre dans un environnement structuré et sécuritaire lors de son retour à la maison. La réadaptation de celui-ci est facilitée lorsqu'elle est soutenue par une planification adéquate des activités et des responsabilités de la famille. En outre, la non-reconnaissance du conflit dans le système familial tend à confirmer qu'il puisse être difficile pour les membres de la famille d'admettre ouvertement l'existence de celui-ci. Ce désaveu tend à appuyer les tenants de la théorie systémique qui voient le symptôme du patient comme l'expression des sentiments et des conflits réprimés dans la famille.

L'absence de lien entre les facteurs familiaux de l'expression et du contrôle et, ceux de l'adaptation demeure objet de questionnements en raison des nombreuses études qui ont présenté des résultats significatifs dans la relation entre ces dimensions familiales et l'adaptation post-psychiatrique. Cependant, il est permis de penser que cette inexistence subit, pour ce type de population échantillonnale, l'influence du biais de la désirabilité sociale, tel que suggéré par Roosa et Beals (1990).

Il ressort également de cette étude que la disponibilité de ressources financières suffisantes se révèle un élément important en relation avec la réadaptation de l'ex-patient psychiatrique. Cette sécurité monétaire s'avère être une composante non négligeable dans le sentiment d'insécurité auquel cette personne est plus

vulnérable. En outre, ce facteur suggère qu'une disponibilité monétaire est perçue par le patient comme un élément favorisant sa croissance personnelle et son implication sociale à travers différentes activités sociales et récréatives.

Cette étude fait ressortir des résultats intéressants par rapport au climat familial et à des facteurs précis de l'adaptation. Cependant, certaines limites restreignent l'analyse et la discussion des résultats. Cette recherche pourrait se poursuivre en effectuant une étude longitudinale échelonnée sur un plus grand laps de temps et en impliquant un nombre plus élevé de passations et de participants. Ces modifications pourraient augmenter l'homogénéité des groupes et aussi diminuer la marge d'erreur des variables qui se sont révélées significatives et de celles qui ont déjoué les prévisions. En outre, l'utilisation d'une autre échelle de climat familial, telle le FACES III (Olson, 1986), pourrait permettre de soustraire les résultats au biais de la désirabilité sociale auquel le FES est peut-être soumis. Enfin, la connaissance des habiletés de vie personnelles et professionnelles, ainsi que celle de l'histoire familiale (nucléaire et d'origine) des sujets pourraient livrer des informations pertinentes dans le cadre de la compréhension de l'adaptation post-psychiatrique du patient ayant effectué un court séjour en milieu psychiatrique.

Références

- ACKERMAN, N.W. (1958). The psychodynamics of family life. New York: Publishers Basic Books, Inc.
- ALLPORT, G.W. (1961). Pattern and growth in personality. New-York: Holth, Rinehart & Winston.
- ANTHONY, W.A., COHEN, M.R., & COHEN, B.F. (1983). Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. New Directions for Mental Health Services: Deinstitutionalization. 17, 67-79.
- ANTHONY, W.A., & JANSEN, M.A. (1984). The vocational capacity of the Chronically Mentally Ill. American Psychologist. 39, 534-544.
- ARTHUR, G., ELLSWORTH, R.B., & KROEKER, D. (1968). Readmission of released mental patients: a research study. Social Work. 13, 78-84.
- ATWATER, E. (1983). Psychology of adjustment: personal growth in a changing world. New-Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood, Cliffs.
- AUSLOOS, G. (1980). <<Conférence sur l'approche systémique et la fonction du symptôme>>. Pavillon Albert-Prévost, hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
- AVISON, W.R., SPEECHLEY, L., & NIXON K. (1987). The discharged psychiatric patient: a review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome. American journal of psychiatry. 144,10-18.
- BARRERA, M., SANDLER, I., RAMSAY, T. Preliminary development of a scale of social support: study on college students. In R.H. Moos & B.S. Moos, 1986. Family Environment Scale (FES). (p.25). Palo Alto. CA: Consulting Psychologist Press, Inc.

- BARRET, J.E., KURIANSKY, J., & GURLAND, B. (1972). Community tenure following emergency discharge. American Journal of psychiatry, 128, 958-964.
- BATESON, G. (1983). Vers une écologie de l'esprit, tome 2. Paris: Seuil.
- BELLACK, A.S., & MUESER, K.T. (1986). A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. Community mental health journal, 22(3), 175-179.
- BILLINGS, A.G., & MOOS, R.H. (1982). Family environments and adaptation: a clinically applicable typology. American journal of family therapy, 10, 2, 26-38.
- BOAKE, C., & SALMON, P.G. (1983). Demographic correlates and factor structure of the family environment scale. Journal of clinical psychology, 39, 95-100.
- BOWEN, M. (1984). La différenciation de soi. Paris: ESF.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., & WING, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. British journal of psychiatry, 121, 241-258.
- BRUNNER, J., & CONNOLOY, K. (1974). Competence: its nature and nurture. In K. Connoly & J. Bruner (Eds.), The growth of competence, (pp.309-313). New-york: Academic Press.
- BUELL, G.J., & ANTHONY, W.A. (1973). Demographic characteristics as predictors of recidivism and post hospital employment. Journal of counseling psychology, 20, 4, 361-365.
- CAPLAN, G. (1981). Mastery of stress: psychosocial aspects. American journal of psychiatry, 138, 413-420.
- CORIN, E., & BIBEAU, G. (1985). Le burn-out: une perspective anthropologique. Les annales médicales psychologiques, 143, 621-627.

- CREER, C., & WING, J.K. (1974). Schizophrenia at home. In A.B. Hatfield, & H.P. Lefley, Family and the mentally ill: coping and adaptation. (p.94). New-York: Guilford Press.
- CROW, L.D. (1967). Psychology of human adjustment. New-York: Alfred A. Knopf, Inc.
- DOLL, W. (1976). Family coping with the mentally ill: an unanticipated problem of deinstitutionalization. Hospital and Community Psychiatry, 27, 183-185.
- ELLSWORTH, R.B. (1979). Personal Adjustment and Role Skills (PARS). Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press, Inc.
- ELLSWORTH, R.B. (1979). Profile of Adaptation to Life Clinical Scale (PAL-C). Palo-Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press, Inc.
- FAIRWEATHER, G.W. (1980). The Fairweather Lodge: A twenty-five year retrospective. In L. Tessier, M. Clément, & V. Wagener-Jobidon. La réadaptation psychosociale en psychiatrie: Défis des années 90. (p.16). Boucherville: Editeur Gaétan Morin.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., & MCGILL, G.W. (1984). Family care of schizophrenia: A problem solving approach to the treatment of mental illness. New-York: Guilford.
- FOWLER, P.C. (1981). Maximum likelihood factor structure of the Family Environment Scale. Journal of clinical psychology, 37, 160-164.
- FOWLER, P.C. (1982). Factor structure of the Family Environment Scale: effects of social desirability. Journal of clinical psychology, 38, 285-292.
- FRANKLIN, J.L., KITTREDGE, L.D., & TRASHER, J.H. (1975). A survey of factors related to mental hospital readmissions. Hospital community psychiatry, 26, 749-751.

- GOLDSCHMITH, W. (1974). Ethology, ecology, and ethnological realities. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg & J.E. Adams (Eds.), Coping and adaptation (pp. 13-31). New-York: Basic Books.
- GRANDMONT, L. (1989). Schizophrénie et perception de Soi, des parents et de l'entourage familial. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- HATFIELD, A.B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. Social Work, 23, 5, 355-359.
- HATFIELD, A.B. (1987). Coping and adaptation: a conceptual framework for understanding families. In A.B. Hatfield & H.P. Lefley (Eds.) Families of the mentally ill: coping and adaptation (pp. 60-84). New-York: the Guilford Press.
- HATFIELD, A.B., & LEFLEY, H.P. et al. (1987). Families of the mentally ill: coping and adaptation. New York: The Guilford Press.
- HALEY, J. (1980). Changements systémiques en thérapie familiale. Paris: Ed. ESF.
- HIRSCHOWITZ, R.G. (1976). Groups to help people cope with the tasks of transition. In A.B. Hatfield, & H.P. Lefley (Eds.). Families of the mentally ill: coping and adaptation (p.64). New-York: The Guilford Press.
- HOGARTHY, G.E., GOLDBERG, S.C., & SCHOOLER, N.R., the Collaborative Study Group. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: III. Adjustment of nonrelapsed patients. Archives general of psychiatry, 31, 609-618.
- JENKINS, S.C. (1984). Social support and psychological adjustment of families of the chronically mentally disabled. Unpublished manuscript. University of Maryland. In A.B. Hatfield, & H.P. Lefley. Families of the mentally ill: coping and adaptation. (p.195). New-york: The Guilford Press.

- KLEIN, H.E., PERSON, T.M., ITIL, T.M., & MARCHBANK, G. (1974). Significant social variables in favorable community adjustment of schizophrenics: a 5-year follow-up. American journal of public health, 64, 813-814.
- KREISMAN, D.E., & JOY, V.D. (1974). Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. Schizophrenia bulletin, 10, 34-57.
- LALONDE, P., & GRUNBERG, F. (1988). L'approche bio-psycho-sociale. Montréal: Editions Gaétan Morin.
- LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R., & OPTON, E.M. (1974). The psychology of coping: Issues of research and assessment. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, & J.E. Adams. (Eds.) (1974). Coping and adaptation. (pp. 249-315). New-York: Basic Books.
- LEFF, J.P. (1976). Schizophrenia and sensitivity to the family environment. Schizophrenia Bulletin, 2, 566-574.
- LEFF, J.P., & VAUGHN, C.E. (1985). Expressed emotion in families: its significance for mental illness. New York: The Guilford Press.
- LIDZ, T., CORNELISON, A.R., FLECK, S., & TERRY, D. (1986). La schizophrénie et sa famille (traduction française). Navarin Edit.
- LOREI, T.W., & GUREL, L. (1973). Demographic characteristics as predictors of posthospital employment and readmission. Journal of consulting and clinical psychology, 40, 426-430.
- MECHANIC, D. (1974). Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, & J.E. Adams (Eds.), COPING AND ADAPTATION, (pp. 32-46). New-York: Free Press.
- MECHANIC, D., & AIKEN, L.H. (1987). <<Improving the care of patients with chronic mental illness>>. The new england journal of medicine, 317 (26), 1634-1638.

- MELITO, R. (1985). Adaptation in family systems: a developmental perspective. Family Process, Inc., 24, 89-100.
- MESSER, A.A. (1970). The individual in his family: an adaptational study. Springfield-Illinois-USA: Charles C. Thomas Publisher.
- MITCHELL, R.E. (1982). Social networks and psychiatric clients: the personal and environmental context. American journal of community psychology, 10, 4, 387-401.
- MOLINE, R.A., SINGH, S., MORRIS, A., & MELTZER, H.Y. (1985). Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban american patients. American journal of psychiatry, 142, 9, 1078-1081.
- MONAT, A., & LAZARUS, R. (1977). Stress and coping-some current issues and controversies. In A. Monat & R. Lazarus, Stress and coping (pp. 1-11). New-York: Colombia University Press.
- MOOS, R.H., & MOOS, B.S. (1981). Family Environment Scale manual. In R. H. Moos, & B.S. Moos. Family Environment Scale manual: Second Edition. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, Inc., (1986).
- MOOS, R.H., & MOOS, B.S. (1986). Family Environment Scale (FES). (2e éd.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
- MOOS, R.H. (1990). Conceptual and empirical approaches to developing family-based procedures: resolving the case of the Family Environment Scale*. Family Process, Inc., 29, 199-208.
- MORVAL, M.V.G. (1986). Stress et famille: vulnérabilité, adaptation. Montréal: P.U.M.
- MUNLEY, P.H., DEVONE, N., EINHORN, C.M., GASH, I.A., HYER, L., & KUHN, K.C. (1977). Demographic and clinical characteristics as predictors of length of hospitalization and readmission. Journal of clinical psychology, 33, 1093-1099.

- OLSON, D.H. (1986) Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. Family Process, Inc. 25. 337-351.
- PEARLIN, L.I., & SCHOOLER, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.
- ROOSA, M.W., & BEALS, J. (1990). Measurement issues in family assessment: the case of Family Environment Scale*. Family Process, Inc., 29, 191-198.
- ROSENBLATT, A., & MAYER, J.E. (1974). The recidivism of mental patients: a review of past studies. American journal of orthopsychiatry, 44, 5, 697-706.
- SCORESBY, A., & CHRISTENSEN, B. (1976). Differences in interaction and environmental conditions of clinic and non-clinics families: implications for counselors. Journal of marriage and family counseling, 2, 63-71.
- SERBAN, G., & GIDYNSKI, C.B. (1974). Significance of social demographic data for rehospitalization of schizophrenic patients. Journal of health and social behavior, 15, 117-126.
- SOLOMON, P., & DOLL, W. (1979). The varieties of readmission: the case against the use of recivism rates as a measure of program effectiveness. American journal of orthopsychiatry, 49(2), 230-239.
- SPANIOL, L., & JUNG, H. (1987). Effective Coping: a conceptual model. In A.B. Hatfield & H.P. Lefley. Families of the mentally ill: coping and adaptation. (pp. 85-104) New-York: Guilford Press.
- SPANIOL, L., & WELLS, J., (1972). Managing professional stress and burn-out: a step-by-step guide. In A. B. Hatfield, & H.P. Lefley. Families of the mentally ill: coping and adaptation, (p. 93). New-York: Guilford Press.

- SPIEGEL, D., & WISSLER, T. (1983). Perceptions of family environment among psychiatric patients and their wives. Family Process, Inc., 22, 537-549.
- SPIEGEL, D., & WISSLER, T. (1986). Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. American journal of psychiatry, 143, 56-60.
- STEINHAUER, P.D., SANTA-BARBARA, J., & SKINNER, H. (1984). The process model of family functioning. Canadian journal of psychiatry, 29, 2, March, 77-88.
- STRAUSS, J.S., & CARPENTER, W.T. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia: III five-year outcome and its predictors. Archives general of psychiatry, 34, 159-163.
- TERKELSEN, K.G. (1987). The meaning of mental illness through time. In A.B. Hatfield, & H.P. Lefley (Eds.) Families of the mentally ill: coping and adaptation, (pp.128-150). New-York: The Guilford Press.
- TESSIER, L., CLEMENT, M., & WAGENER-JOBIDON, V. (1992) La réadaptation psychosociale en psychiatrie: défis des années 90. Boucherville: Editeur Gaétan Morin.
- TESSLER, R.C., & MANDERSCHIED, R.W. (1982). Factors affecting adjustment to community living. Hospital community psychiatry, 33, 3, 203-207.
- THOMPSON, E.H. Jr., & DOLL, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. Family relations, 31, 379-388.
- TURNER, R.J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. Journal of health and social behavior, 22, 357-367.
- VAILLANT, G.E. (1977). Adaptation to life. Boston: Little, Brown.

- VANNICELLI, M., WASHBURN, S.L., & SCHEFF, B. (1980). Family attitudes toward mental illness: immutable with respect to time, treatment, setting and outcome. Journal of Orthopsychiatry. 50(1). 151-155.
- VAUGHN, C.E., & LEFF, J.P. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. British journal of sociology and clinical psychology. 15. 157-165.
- VAUGHN, C.E., SNYDER, K.S., JONES, S., FREEMAN, M.A., & FALLOON, I.R.H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: replication in California of british research on expressed emotion. Archives general of psychiatry. 41. 1169-1177.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., & JACKSON, D. (1967). Pragmatics of human communication: a study of interaction patterns, pathologies, and paradoxes. New-York: Norton.
- WATTS, F.N., & BENNETT, D.H. (1983). Theory and practice of psychiatric rehabilitation. In L. Tessier, M. Clément, & V. Wagener-Jobidon. La réadaptation post-psychiatrique: défis des années 90. (p.17). Boucherville: Editeur Gaétan Morin.
- WHITE, R. (1974). Strategies of adaptation: an attempt at systematic description. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, J.E. Adams (Eds.): Coping and adaptation (pp.47-68). New-York: Basic Books.
- WITHE, R.W. (1976). Strategies of adaptation: an attempt at systematic description. In R.H. Moos (Ed.) Human adaptation: Coping with life crisis (pp. 17-32). Lexington: MA: D.C. Heath.
- WOLF, S. (1981). Social environment and health. Seattle and London: University of Washington Press.
- WOLMAN, B. (1973). Dictionary of beavioral science. New-York: Van Nostrand Reinhold, pp. 9-10.

WYNNE, L., RYCKOFF, I., DAY, J., & HIRSCH, S. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. In. P. Lalonde, et F. Grunberg. L'approche bio-psycho-sociale. (p.737). Montréal: Editions Gaétan Morin.

Appendices

Appendice A

Formules de consentement

(No. ____)

Formule de consentement/patientProjet de Madame Céline Audy

Je _____, consens à participer à une étude qui a pour objectif de mieux connaître la nature du milieu interpersonnel d'une personne ayant déjà été hospitalisée et/ou étant hospitalisée en psychiatrie à court terme. Ce projet s'adresse à cette personne ainsi qu'au membre familial désigné comme significatif par celle-ci.

Le projet m'a été expliqué et je comprends ceci:

A) Il s'agit d'une étude permettant de vérifier s'il existe un lien entre l'environnement familial d'une personne ayant déjà été hospitalisée et/ou étant hospitalisée en psychiatrie à court terme et son acclimatation sociale.

B) J'aurai à répondre, une première fois à l'hôpital, à trois (3) questionnaires qui seront administrés au cours d'une séance. Une deuxième rencontre aura lieu, à la maison, 2 mois après mon congé psychiatrique et au cours de laquelle j'aurai à répondre à deux (2) questionnaires. La durée totale chacune des deux (2) passations des questionnaires ne devrait pas dépasser 1 1/2 heure, sauf exception.

C) Mes réponses seront compilées dans un ensemble (plusieurs sujets ayant répondu aux mêmes questionnaires) afin d'étudier statistiquement les différents éléments du climat familial par rapport à l'acclimatation sociale de personne concernée.

D) La confidentialité (anonymat) est assurée par un numéro de code. Mon nom n'apparaîtra sur aucun des questionnaires et la confidentialité concernant mon identité sera totalement protégée.

E) Je comprends que ma participation, à cette étude, est volontaire et non-rémunérée et que je peux l'abandonner à n'importe quel moment sans préjudice pour moi.

F) Je comprends que l'on répondra à toutes les interrogations que je peux avoir concernant cette étude.

G) Je comprends que cette étude, comme telle, peut fournir des indications utiles pour mon traitement. S'il arrivait que mon médecin traitant estime utile pour moi que ces indications sommaires lui soient communiquées et intégrées à mon plan de traitement, j'en serais informé (e) par lui et je serais libre d'y consentir ou non. (_____Date: / /)

H) Je consens à ce que Madame Céline Audy contacte _____ (no. tél.: _____) afin qu'il (elle) puisse participer à cette recherche, en tant que membre significatif désigné par moi.

I) Ma participation à ce projet ne représente pour moi aucun inconvénient connu, sauf le temps que j'accepte d'y consacrer.

Fait le _____ jour du mois de _____ 1991

Signature: _____

Signature du témoin _____

Je, Céline Audy, certifie par la présente que j'ai expliqué au sujet mentionné la nature de l'étude, et ce qu'il est attendu de lui, et le fait qu'il peut quitter l'étude à n'importe quel moment.

Signature: _____

Céline Audy, étudiante, maîtrise en psychologie.

(No_____)

Formule de consentement/membre-cléProjet de Madame Céline Audy

Je _____, consens à participer à une étude qui a pour objectif de mieux connaître la nature du milieu interpersonnel d'une personne ayant déjà été hospitalisée et/ou hospitalisée en psychiatrie à court terme. Ce projet s'adresse à cette personne ainsi qu'au membre familial désigné comme significatif par celle-ci.

Le projet m'a été expliqué et je comprends ceci:

A) Il s'agit d'une étude permettant de vérifier s'il existe un lien entre l'environnement familial d'une personne ayant déjà été hospitalisée et/ou hospitalisée en psychiatrie à court terme et son acclimatation sociale.

B) J'aurai à répondre, une première fois à l'hôpital, à trois (3) questionnaires qui seront administrés au cours d'une séance. Une deuxième rencontre aura lieu, à la maison, 2 mois après le congé psychiatrique et au cours de laquelle j'aurai à répondre à deux (2) questionnaires. La durée totale chacune des deux (2) passations des questionnaires ne devrait pas dépasser 11/2 heure, sauf exception.

C) Mes réponses seront compilées dans un ensemble (plusieurs sujets ayant répondu aux mêmes questionnaires) afin d'étudier statistiquement les différents éléments du climat familial par rapport à l'acclimatation sociale de personne concernée.

D) La confidentialité (anonymat) est assurée par un numéro de code. Mon nom n'apparaîtra sur aucun des questionnaires et la confidentialité concernant mon identité sera totalement protégée.

E) Je comprends que ma participation, à cette étude, est volontaire et non-rémunérée et que je peux l'abandonner à n'importe quel moment sans préjudice pour moi.

F) Je comprends que l'on répondra à toutes les interrogations que je peux avoir concernant cette étude.

G) Je comprends que cette étude, comme telle, peut fournir des indications utiles pour le traitement de _____. S'il arrivait que le médecin traitant estime utile que ces indications sommaires lui soient communiquées et intégrées au plan de traitement de _____, j'en serais informé (e) par lui et je serais libre d'y consentir ou non.
(_____ Date: / /)

H) Ma participation à ce projet ne représente pour moi aucun inconvénient connu, sauf le temps que j'accepte d'y consacrer.

Fait le _____ jour du mois de _____ 1991

Signature: _____

Je, Céline Audy, certifie par la présente que j'ai expliqué au sujet mentionné la nature de l'étude, et ce qu'il est attendu de lui, et le fait qu'il peut quitter l'étude à n'importe quel moment.

Sinature: _____

Céline Audy, étudiante, maîtrise psychologie.

Appendice B
Renseignements généraux

(No. _____)

RENSEIGNEMENTS GENERAUX/PATIENT

Age _____

Sexe Masculin _____ Féminin _____

Quelle est votre dernière année de scolarité complétée _____

Quel est votre statut Célibataire _____
 Marié(e) _____
 Séparé(e), divorcé(e)
 ou veuf(ve) _____
 Cohabitation _____
 Autre(spécifiez) _____

Avec qui habitez-vous actuellement Epoux(se) _____
 Conjoint(e) _____
 Père _____ Mère _____
 Frère _____ Soeur _____
 Enfant _____
 Autre(spécifiez) _____

Depuis combien de temps _____

Cette personne souffre-t-elle de maladies (physiques ou psychologiques)

Oui _____ Non _____

Quelle(s) maladie(s) _____

Quelle est votre occupation actuellement _____

Quelle est la source principale de votre revenu

Votre emploi_____

Votre conjoint(e)_____

Vos parents_____

Aide sociale_____

Pension alimentaire_____

Autre(spécifiez)_____

Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) en psychiatrie_____

Combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) la dernière fois_____

A quand remonte cette dernière hospitalisation, à 1 mois_____

2 mois_____

3-5 mois_____

6-9 mois_____

10-12 mois_____

Aviez-vous un suivi régulier avec votre médecin_____

Avez-vous souffert de problèmes d'ordre physique depuis votre
sortie Oui_____ Non_____

Si oui, lequel ou lesquels_____

A quand remonte cette maladie, à 1 mois_____

2 mois_____

3-5 mois_____

6-9 mois_____

10-12 mois_____

Merci de votre collaboration

Céline Audy

(No. _____)

RENSEIGNEMENTS GENERAUX/MEMBRE-CLE

Age _____

Sexe Masculin _____ Féminin _____

Quelle est votre dernière année de scolarité complétée _____

Quel est votre statut Célibataire _____
 Marié(e) _____
 Séparé(e), divorcé(e)
 ou veuf(ve) _____
 Cohabitation _____
 Autre(spécifiez) _____

Depuis combien de temps habitez-vous avec la personne que vous
 évaluez _____

Quel est votre lien de relation avec cette personne Epoux(se) _____
 Conjoint(e) _____
 Père _____ Mère _____
 Enfant _____
 Frère _____ Soeur _____
 Autre(spécifiez) _____

Outre cette personne et vous-même, combien de personnes habitent avec
 vous

0 _____
 1 _____
 2 _____
 3 et plus _____

Quel est votre occupation actuellement_____

Avez-vous déjà eu des problèmes d'ordre psychologique Oui____Non____

Si oui, lequel ou lesquels_____

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour ces problèmes en milieu
psychiatrique Oui_____Non_____

Si oui, combien de temps_____

A quand remonte cette hospitalisation à 1 mois_____

6 mois_____

plus que 6 mois_____

Avez-vous souffert de problèmes d'ordre physique depuis Oui____ Non____

Si oui, lequel ou lesquels_____

Merci de votre collaborarion

Céline Audy

Appendice C
Instruments de mesure

ECHELLE DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL¹

Il y a 90 énoncés dans ce questionnaire qui décrivent des situations familiales. Vous devez décider si ces énoncés sont vrais ou faux pour votre famille. Indiquez vos réponses sur la feuille réponse comme suit:

1. Si l'énoncé est vrai ou plutôt vrai pour votre famille, faites un X dans la case Vrai.
2. Si l'énoncé est faux ou plutôt faux pour votre famille, faites un X dans la case Faux.
3. Cependant, un énoncé peut être vrai pour certains membres de votre famille et faux pour d'autres. Alors faites un X dans la case Vrai si l'énoncé s'applique à la plupart des membres de votre famille et un X dans la case Faux s'il ne s'applique pas à la plupart des membres de votre famille. Si c'est moitié l'un moitié l'autre, choisissez selon votre impression de la situation en général.

Rappelez-vous que nous voulons connaître votre impression de votre famille. Donc, n'essayez pas d'imaginer comment les autres membres de votre famille la perçoivent. Nous voulons savoir comment vous la percevez.

¹ Traduction et adaptation du F.E.S. (forme R) de R.H. Moos (1974, 1976, 1981, 1989). UQTR (1992).

1. Les membres de la famille s'entraident et se soutiennent vraiment les uns les autres
2. Les membres de la famille expriment rarement leurs émotions.
3. On se dispute beaucoup dans notre famille.
4. Nous faisons rarement des choses seuls dans notre famille.
5. Nous croyons qu'il est important d'être le meilleur dans tout ce que l'on entreprend.
6. Nous parlons souvent de politique et de problèmes sociaux.
7. Nous passons la plupart de nos soirées et de nos fins de semaines à la maison.
8. Les membres de la famille vont souvent à l'église.
9. Les activités de notre famille sont très soigneusement organisées.
10. Les membres de la famille n'ont pas l'habitude de recevoir des ordres.
11. Nous avons souvent l'air de tuer le temps à la maison.
12. Nous pouvons nous exprimer librement à la maison.
13. Il est rare que les membres de notre famille se mettent vraiment en colère.
14. Dans notre famille nous sommes fortement encouragés à être indépendants.
15. Aller de l'avant dans la vie est très important dans notre famille.
16. Nous assistons rarement à des conférences, à des pièces de théâtre ou à des spectacles.
17. Nous recevons souvent des amis à manger et/ou en visite.

18. On ne prie pas dans notre famille.
19. Nous sommes habituellement très propres et ordonnés.
20. Il y a peu de règlements à suivre dans notre famille.
21. Nous mettons beaucoup d'énergie dans ce que nous faisons à la maison.
22. Il est difficile de se défouler à la maison sans mettre quelqu'un mal à l'aise.
23. Il arrive parfois que des membres de la famille entrent dans une telle colère qu'ils lancent des objets.
24. Chacun a droit à ses idées dans notre famille.
25. Le montant d'argent que gagne une personne n'est pas très important dans notre famille.
26. Apprendre des choses nouvelles et différentes est très important dans notre famille.
27. Dans notre famille, personne ne participe à des activités sportives.
28. Nous parlons souvent de la signification religieuse des fêtes comme Noël, Pâques, etc.
29. Il est souvent difficile de trouver les choses dont nous avons besoin à la maison.
30. Dans la famille il y a un membre qui prend la majorité des décisions.
31. Il y a un sentiment d'appartenance dans notre famille.
32. Nous parlons aux autres membres de la famille de nos problèmes personnels.
33. Les membres de notre famille se mettent rarement en colère.

34. Nous sommes libres d'aller et venir comme bon nous semble dans notre famille.
35. Nous croyons à la compétition et "que le meilleur gagne".
36. Les activités culturelles ne nous intéressent pas tellement.
37. Nous allons souvent au cinéma, à des événements sportifs, faire du camping, etc.
38. Nous ne croyons ni au ciel, ni à l'enfer.
39. Etre à l'heure est très important dans notre famille.
40. Les choses doivent toujours être faites de la même manière à la maison.
41. C'est rare que quelqu'un va se porter volontaire quand il y a quelque chose à faire à la maison.
42. Si on a tout à coup envie de faire quelque chose, souvent on se lève et on y va.
43. Les membres de notre famille se critiquent souvent les uns les autres.
44. Il y a très peu de vie privée dans notre famille.
45. Nous tentons toujours de faire les choses un peu mieux d'une fois à l'autre.
46. Nous avons rarement des discussions intellectuelles.
47. Chaque membre de notre famille a un ou deux passe-temps.
48. Les membres de la famille ont des idées bien arrêtées à propos de ce qui est bien ou mal.
49. Les gens changent souvent d'idée dans notre famille.

50. Nous accordons énormément d'importance au respect des règlements dans notre famille.
51. Les membres de ma famille se soutiennent beaucoup les uns les autres.
52. Quelqu'un devient habituellement bouleversé dans notre famille lorsqu'un membre se plaint.
53. Il arrive parfois qu'un membre de notre famille en bouscule un autre (physiquement et/ou verbalement).
54. Quand un problème survient pour un membre de notre famille, il ne peut compter que sur lui-même.
55. Les membres de notre famille se préoccupent rarement de promotion au travail, de rendement scolaire, etc.
56. Quelqu'un dans notre famille joue d'un instrument de musique.
57. Les membres de ma famille s'impliquent très peu dans des activités de divertissement à l'extérieur du travail ou de l'école.
58. Nous pensons qu'il y a des choses auxquelles on doit croire sans en avoir la preuve.
59. Les membres de notre famille gardent leur chambre propre et en ordre.
60. Chacun a son mot à dire dans les discussions familiales.
61. Il y a très peu d'esprit de groupe dans notre famille.
62. Les questions d'argent et les dépenses courantes sont discutés ouvertement dans notre famille.
63. Si un désaccord surgit dans notre famille, nous essayons très fort d'arranger les choses et de préserver la paix.

64. Les membres de notre famille sont fortement encouragés à faire valoir leurs droits.
65. Nous n'essayons pas de réussir à tout prix dans notre famille.
66. Les membres de notre famille vont souvent à la bibliothèque.
67. Les membres de la famille suivent quelques cours ou du perfectionnement comme "Hobby".
68. Dans notre famille chaque personne a une vision différente à propos de ce qui est bien ou mal.
69. Les tâches de chaque personne sont clairement définies dans notre famille.
70. Nous pouvons faire tout ce que nous voulons dans notre famille.
71. Nous nous entendons réellement bien les uns avec les autres.
72. Nous faisons généralement attention à ce que nous nous disons les uns les autres.
73. Les membres de notre famille essaient souvent de l'emporter l'un sur l'autre.
74. Chez nous, il est difficile d'avoir des moments d'intimité sans déranger quelqu'un.
75. Le travail avant le plaisir, est la règle dans notre famille.
76. Dans notre famille il est plus important de regarder la télévision que de lire.
77. Les membres de la famille sortent beaucoup.
78. La bible est un livre très important dans notre famille.
79. On n'a pas le souci de bien gérer notre argent à la maison.
80. Les règles sont plutôt rigides à la maison.

81. Chacun de nous reçoit beaucoup d'attention.
82. Il y a beaucoup de discussions spontanées dans notre famille.
83. A la maison nous croyons qu'on ne peut pas régler quelque chose en élevant la voix.
84. Dans notre famille, on n'est pas très encouragé à exprimer son point de vue.
85. Les membres de notre famille sont souvent comparés aux autres au sujet de leurs résultats scolaires ou de leur réussite au travail.
86. Les membres de notre famille aiment beaucoup la musique, la littérature et les arts.
87. Notre principale distraction est de regarder la T.V. et/ou d'écouter de la musique.
88. Les membres de notre famille croient que le péché est toujours puni.
89. Nous faisons habituellement la vaisselle tout de suite après le repas.
90. Dans notre famille, on ne laisse pas passer grand chose.

(No. _____)

FAMILY ENVIRONMENT SCALE

C	Ex	Con	Ind	AO	ICO	ARO	MRE	Org	Ctl
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PAL-C ¹

Il y a 41 énoncés dans ce feuillet qui décrivent différentes situations que la personne, hospitalisée en psychiatrie à court terme, vit quotidiennement. Nous voulons savoir comment ça s'est passé pour vous. Vous devez décider lequel de ces choix de réponses correspond le mieux à chacun de ces énoncés. Ce questionnaire a été conçu afin que vous donniez votre impression. Soyez assuré(e) que vos réponses seront traitées avec la plus grande confidentialité et incorporées anonymement dans un ensemble.

Merci de votre collaboration.

¹ Traduction et adaptation du PAL-C de R. B. Ellsworth. U.Q.T.-R. (1990).

PAL-C

(No. ____)

Directives: S'il vous plaît, répondez à chacune des questions en plaçant un crochet dans la case de votre choix, comme suit: ____

CHOIX DE REPONSES

	1	2	3	4
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Au cours du dernier mois, (S.V.P., répondre à chaque question)				
1. Avez-vous été inquiet(e) au sujet de quelque chose?	---	---	---	---
2. Avez-vous été triste ou mélancolique?	---	---	---	---
3. Avez-vous été tendu(e), nerveux(se)?	---	---	---	---
4. Avez-vous été agité(e), troublé(e)?	---	---	---	---
5. Avez-vous été malheureux(se)?	---	---	---	---

CHOIX DE REPONSES

	1	2	3	4
	Rarement	Parfois	Souvent	Presque Toujours
Au cours du dernier mois, (S.V.P., répondre à chaque question)				
6. J'ai eu du plaisir à parler avec d'autres personnes.	---	---	---	---
7. J'ai eu confiance en elles.	---	---	---	---
8. J'ai trouvé le travail utile et intéressant.	---	---	---	---
9. Je me suis impliqué(e), intéressé(e) à des choses.	---	---	---	---
10. Je suis senti(e) utile et nécessaire.	---	---	---	---

CHOIX DE REPONSES

	1 Rarement	2 Parfois	3 Habituellement	4 Toujours
Au cours du dernier mois, (S.V.P., répondre à chaque question)				
11. Avez-vous eu assez d'argent pour couvrir vos dépenses inattendues?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Avez-vous eu assez d'argent pour régler vos factures?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Avez-vous été sans soucis en ce qui concerne vos dettes?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHOIX DE REPONSES

	1 Pas une seule fois	2 1-2 fois par mois	3 1-2 fois par mois	4 Presqu'à tous les jours
Au cours du dernier mois, (S.V.P., répondre à chaque question)				
14. Avez-vous eu des maux de tête?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Avez-vous fait de la fièvre?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Avez-vous eu des étourdissements?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Avez-vous éprouvé de la fatigue en vous réveillant?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Avez-vous eu des nausées?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Avez-vous pris des médicaments pour maux de tête?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Avez-vous pris des médicaments pour l'estomac?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHOIX DE REPONSES

	1	2	3	4
Au cours du dernier mois, (S.V.P., répondre à chaque question)	Pas une seule fois	1-2 fois par mois	1-2 fois par mois	Presqu'à tous les jours
21. Avez-vous consommé de l'alcool ou des drogues qui ont changé votre humeur (Haldol, marijuana, etc.)?	---	---	---	---
22. Avez-vous été intoxiqué (e) par l'alcool ou par les drogues?	---	---	---	---
23. Avez-vous eu des problèmes avec des membres de votre famille causés par l'alcool ou par des drogues?	---	---	---	---
24. Vos idées ont-elles été brouillées par l'alcool ou par des drogues?	---	---	---	---

Vivez-vous avec un conjoint, un parent ou une personne qui vous est proche?
(Inscrire une seule réponse)

___ Non (Passez à la question No.30)

___ Oui (Passez à la question No. 25)

CHOIX DE REPONSES

	1	2	3	4
Au cours du dernier mois, (S.V.P., répondre à chaque question)	Rarement	Parfois	Souvent	Presque Toujours
Vous et votre conjoint(e), parent ou ami(e),				
25. Avez-vous été capables de discuter lorsque vous avez été fâchés?	---	---	---	---
26. Avez-vous partagé des moments agréables?	---	---	---	---
27. Avez-vous discuté de choses importantes?	---	---	---	---
28. Avez-vous eu le sentiment d'être proche l'un de l'autre?	---	---	---	---

29. Avez-vous été en accord au sujet
des activités sociales et des amis(es)?

Y-a-t-il des enfants où vous vivez?
(Inscrire une seule réponse.)

- ___ Non (Passez à la question No. 35)
___ Oui (Passez à la question No. 30)

CHOIX DE REPONSES

Au cours du dernier mois, (S.V.P., répondre à chaque question)	1	2	3	4
	Rarement	Parfois	Souvent	Presque Toujours
Les enfants et vous,				
30. Avez-vous passé des moments à parler ensemble?	---	---	---	---
31. Avez-vous passé du temps à faire des choses ensemble?	---	---	---	---
32. Avez-vous eu du respect l'un pour l'autre?	---	---	---	---
33. Avez-vous eu le sentiment d'être proche l'un de l'autre?	---	---	---	---
34. Avez-vous fait des choses l'un pour l'autre?	---	---	---	---

Distributed by Consulting Psychologists Press, Inc.
577 College Ave., Palo Alto, California 94306

Remarque: Pour les questions No. 35 à 41, indiquez si vous avez eu ou non des problèmes dans certains domaines d'adaptations ou d'activités au cours du dernier mois. S'il vous plaît, répondez à chacune des questions suivantes.

Au cours du dernier mois, avez-vous eu des problèmes:

35. Avec des sentiments négatifs (inquiet (e), malheureux (se), tendu (e), etc.)?

(Une seule réponse)

- (1) ____ Aucun problème
- (2) ____ Quelques problèmes
- (3) ____ De sérieux problèmes

36. A apprécier les gens ou votre vie quotidienne?

(Une seule réponse)

- (1) ____ Aucun problème
- (2) ____ Quelques problèmes
- (3) ____ De sérieux problèmes

37. A avoir assez d'argent pour couvrir vos dépenses?

(Une seule réponse)

- (1) ____ Aucun problème
- (2) ____ Quelques problèmes
- (3) ____ De sérieux problèmes

38. De santé ou ressenti des malaises?

(Une seule réponse)

- (1) ____ Aucun problème
- (2) ____ Quelques problèmes
- (3) ____ De sérieux problèmes

39. D'abus d'alcool ou de drogues?

(Une seule réponse)

- (1) ____ Aucun problème
- (2) ____ Quelques problèmes
- (3) ____ De sérieux problèmes

40. Dans la relation avec la personne qui vous est proche?

(Une seule réponse)

- (1) ____ Aucun problème
- (2) ____ Quelques problèmes
- (3) ____ De sérieux problèmes

41. A communiquer avec les enfants où vous demeurez?

(Une seule réponse)

- (1) ____ Aucun problème
- (2) ____ Quelques problèmes
- (3) ____ De sérieux problèmes

PARS ¹

Il y a 31 énoncés dans ce feuillet qui décrivent différentes situations que la personne, hospitalisée en psychiatrie à court terme, vit quotidiennement. Nous aimerions connaître comment ça s'est passé pour cette personne. Vous devez décider lequel de ces choix de réponses correspond le mieux à chacun des énoncés. Ce questionnaire a été conçu afin que vous donniez votre perception. Soyez assuré (e) que vos réponses seront traitées avec la plus grande confidentialité et incorporées dans un ensemble.

Merci de votre collaboration.

1 Traduction et adaptation du PARS de R.B. Ellsworth. U.Q.T.-R. (1990).

PARS

(No. ____)

A. S'il vous plaît, décrire l'adaptation de la personne au cours du dernier mois en répondant à chacune des questions suivantes.

B. Indiquer votre réponse en plaçant un crochet dans la case de votre choix, comme suit: ____

CHOIX DE REPONSES

	1	2	3	4
	Rarement	Parfois	Souvent	Presque toujours
Au cours du dernier mois, il/elle (S.V.P. Répondre à chaque question)				
1. a fait preuve d'attention à votre égard	---	---	---	---
2. a coopéré à ce qu'on attendait de lui	---	---	---	---
3. s'est intéressé(e) à ce que vous disiez	---	---	---	---
4. a montré de l'affection pour vous	---	---	---	---

CHOIX DE REPONSES

	1	2	3	4
	Rarement	Parfois	Souvent	Presque toujours
Au cours du dernier mois, il/elle (S.V.P. Répondre à chaque question)				
5. a dit que les gens se souciaient peu de lui.	---	---	---	---
6. a dit que les gens étaient injustes envers lui.	---	---	---	---
7. a dit que les gens essayaient de le mener par le bout du nez.	---	---	---	---
8. a dit que la vie n'en valait pas la peine.	---	---	---	---

CHOIX DE REPONSES

Au cours du dernier mois, il/elle (S.V.P. Répondre à chaque question) toujours	1	2	3	4
	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque
9. a été nerveux(se).	---	---	---	---
10. s'est comporté(e) de façon tendue, agitée.	---	---	---	---
11. a eu de la difficulté à dormir.	---	---	---	---

CHOIX DE REPONSES

Au cours du dernier mois, il/elle (S.V.P. Répondre à chaque question)	1	2	3	4
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
12. est resté(é) assis(e), le regard fixe.	---	---	---	---
13. a oublié de faire des choses importantes.	---	---	---	---
14. a été dans un état de confusion.	---	---	---	---
15. a semblé être absent(e).	---	---	---	---

CHOIX DE REPONSES

Au cours du dernier mois, il/elle (S.V.P. Répondre à chaque question)	1	2	3	4
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
16. a fait une consommation excessive d'alcool ou de drogues.	---	---	---	---
17. a été intoxiqué(e) par de l'alcool ou des drogues.	---	---	---	---
18. a eu un problème d'alcool ou de drogues qui a troublé la famille.	---	---	---	---

CHOIX DE REPONSES

Au cours du dernier mois, il/elle (S.V.P. Répondre à chaque question)	1	2	3	4
	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
19. a fait des travaux autour de la maison.	---	---	---	---
20. a fait des travaux ménagers.	---	---	---	---
21. a préparé des repas pour la famille.	---	---	---	---
22. a fait du lavage, du repassage ou du raccommodage.	---	---	---	---

23. Y a-t-il des enfants à la maison?
(Une seule réponse, s.v.p.)

___ Non (Passez à la question No.28)

___ Oui (Répondez aux questions No. 24 à 27)

CHOIX DE REPONSES

Au cours du dernier mois, il/elle (S.V.P. Répondre à chaque question)	1	2	3	4
	Presque Jamais	Parfois	Souvent	Presque Toujours
24. a consacré du temps aux enfants.	---	---	---	---
25. a montré de l'affection aux enfants.	---	---	---	---
26. a tenu ses promesses faites aux enfants.	---	---	---	---
27. a eu des réactions cohérentes envers les enfants.	---	---	---	---

28. A-t-il(elle) eu un emploi au cours du dernier mois?

(Inscire une seule réponse)

- ☐ Sans emploi (Ne répondez pas aux questions qui suivent.)
- ☐ Emploi à temps partiel.
- ☐ Emploi à temps plein.

Remarque: S'il(elle) a été employé(e) à temps plein ou partiel, répondez aux questions No. 29 à 31.

29. Approximativement, quel a été son salaire net au cours du dernier mois?

(S.V.P., ne calculez pas les revenus de pensions, ni les prestations sociales.)

- ☐ a gagné peu ou pas d'argent de son travail.
- ☐ a gagné moins de 100\$ par semaine.
- ☐ a gagné entre 100\$ et 200\$ par semaine.
- ☐ a gagné plus de 200\$ par semaine.

30. Grâce à son emploi, a-t-il(elle) gagné un montant d'argent adéquat au cours du dernier mois?

(Une seule réponse)

- ☐ a gagné peu ou pas d'argent de son travail.
- ☐ a gagné suffisamment d'argent pour répondre à ses besoins personnels.
- ☐ a gagné suffisamment d'argent pour soutenir partiellement une famille.
- ☐ a gagné suffisamment d'argent pour soutenir adéquatement une famille.

31. A-t-il(elle) été enthousiaste à l'idée d'aller travailler chaque jour?

(Une seule réponse)

- ☐ n'a pas eu d'emploi.
- ☐ a semblé rarement enthousiaste à l'idée d'aller travailler.
- ☐ s'est semblé quelques fois enthousiaste à l'idée d'aller travailler.
- ☐ a semblé habituellement enthousiaste à l'idée d'aller travailler.

(No. _____)

T SCORES		PERSONAL ADJUSTMENT AND ROLE SKILLS							
GOOD ADJUSTMENT	70								
	65			3		16		12	
		16				15	16	11	
	60		4	4	4				
AVERAGE ADJUSTMENT		15	5	4	5	14	15	10	
		14		5		13	14		
	55		6	5	6	3	12	9	
		13	7		7		11		
	50	12		6			12	8	
			8		8	4	10		
		11	9	7	9		9	7	
	45	10				8	10		
			10		10	5	7	6	
		9	11	8	11		6		
	40								
		8	12	9	12	6	5	8	
POOR ADJUSTMENT								5	
	35	7				4	7	4	
			13		13				
		6		10		7	6		
	30		14		14			3	
		5					5		
			15	11	15				
	25	4	16		16	8	4		
				12					
	20					9-12			
		CLOSE RELATIONS	ALIENATED DEPRESSED	ANXIETY	CONFUSION	ALCOHOL - DRUG USE	HOUSE ACTIVITY	CHILD RELATIONS	WORK
PRE SCORE									
POST SCORE									
CHANGE NORM									